UNIVERSIDAD DE CARABOBO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO SEDE CARABOBO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
SALUD Y SOCIEDAD

PARTICIPACIÓN POPULAR EN SALUD: TENSIONES, DISTENSIONES, RUPTURAS Y DESAFÍOS. UNA PERSPECTIVA BIOGRÁFICO NARRATIVA Y DE SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS. ESTADO CARABOBO, 1990-2018

AUTOR: Ortunio Carrizalez, Eduardo Enrique

TUTOR: Dr. Medina, Tadeo

Abril, 2024

UNIVERSIDAD DE CARABOBO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO SEDE CARABOBO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
SALUD Y SOCIEDAD

PARTICIPACIÓN POPULAR EN SALUD: TENSIONES, DISTENSIONES, RUPTURAS Y DESAFÍOS. UNA PERSPECTIVA BIOGRÁFICO NARRATIVA Y DE SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS. ESTADO CARABOBO, 1990-2018

Tesis presentada ante la Dirección de Postgrado sede Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo para optar al Título de Doctor en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad.

AUTOR: Ortunio Carrizalez, Eduardo Enrique
TUTOR: Dr. Medina, Tadeo

Abril, 2024

DEDICATORIA

A quienes siempre me comprendieron y brindaron apoyo, en estos caminos de lucha social, mi hermosa familia pasada y presente, a quienes ya partieron al barrio celestial, mi hermano Jesús, mi padre Timoteo y mi adorada madre Teodora, ejemplo de nobleza, tenacidad y dignidad.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Carabobo, Alma Mater que fue parte esencial de la construcción de mi artesanía intelectual académica, política y comunitaria, a través de las oportunidades que me brindó para la docencia, investigación, extensión y gerencia.

A los profesores y profesoras del Doctorado de Ciencias Sociales, quienes aportaron sus conocimientos para contribuir a develar, dudar y retar las trampas cognitivas en la que estamos inmersos.

Al Compañero William Capó, quien me dio las pistas fundamentales de la metodología de Sistematización de Experiencias.

A las Compañeras y Compañeros de lucha por el derecho a la salud y el Buen Vivir, con quienes compartí alegrías y tristezas en este largo y tortuoso camino, de utopías concretas aún por alcanzar.

A quienes militaron en la Defensoría Comunitaria de la Salud y ya no están en este plano terrenal: Martín León, Isaac Villafaña, José Manosalva y Luis Carmona y especial recuerdo de Mirian "Mima" Galea, quien fue fundadora de la Defensoría Comunitaria de la Salud y pilar fundamental de esta organización.

A las Compañeras y Compañeros: Inmaculada "Lala Guerra", Tais "Cielo Romero", Isabel Castillo, Lida Chaparro, Corina Torres, Beatriz Jiménez, Armando Mujica, Jesús Monsalve y Carlos León, por su participación entusiasta en el equipo de sistematización de las experiencias de la Defensoría Comunitaria de la Salud.

Al Dr. Tadeo Medina, amigo y tutor de esta tesis, por sus invaluables aportes y por la paciencia que tuvo para su revisión concienzuda.

RESUMEN

La búsqueda del bien común a través de la participación popular, implica un compromiso de ciudadanía, una voluntad de vida, de buen vivir. La participación popular es lo que da contenido a la democracia; a más participación, más democracia radical. Ahora bien, muchas de las iniciativas de participación popular en salud en Venezuela, han sido torpedeadas e ignoradas por un poder político fetichizado, corrompido y desnaturalizado como dominación de miembros de los gobiernos que ejercen el poder como autoridad autorreferente de la sede del poder político y dejan de responder a la voluntad general del pueblo. Esta investigación recoge parte del continuum investigativo-académico y accionar político-comunitario del autor, en un proceso de artesanía intelectual y militante, comprometida con la participación popular en salud, desde los escenarios académicos, comunitarios y de gestión de gobierno, los cuales siempre ha mantenido indisolublemente ligados. Se realiza una aproximación para la comprensión de las experiencias de participación popular de la *Defensoría Comunitaria de la Salud* (1999-2007), sus tensiones, distensiones, rupturas y desafíos, desde el marco epistémico interpretativo, crítico e histórico, que permite la metodología de la sistematización de las experiencias de los protagonistas y la narrativa autobiográfica. Un aprendizaje relevante de este proceso participativo, es la afirmación de esta organización comunitaria en sus poderes creadores, su dignidad, amor, esperanza y voluntad de vida, aprovechando las grietas de una institución de salud dominada por un poder fetichizado, que le permitieron conquistar victorias parciales para su inventario de aprendizajes situados y así avanzar en otros desafíos y luchas por el derecho a la salud y la participación en el estado Carabobo y además que al auto reconocerse como soberano, supo identificar a los aliados que desde el Estado estaban a favor de los intereses del pueblo y comenzar a darle contenido a la naciente Democracia Participativa y Protagónica en Venezuela.

Palabras Claves: Defensoría Comunitaria de la Salud, Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde", Participación Popular en Salud, Sistematización de Experiencias, Narrativa Autobiográfica, Democracia Participativa y Protagónica, Carabobo, Venezuela.

ABSTRACT

The search for the common good through popular participation implies a commitment to citizenship, a will to live, to live well. Popular participation is what gives content to democracy; the more participation, the more radical democracy. Now, many of the initiatives for popular participation in health in Venezuela have been torpedoed and ignored by a political power fetishized, corrupted and denatured as domination; are the members of the government who exercise power from their self-referential authority as the seat or source of political power and cease to respond to the general will of the people. This research includes part of the investigative-academic continuum and political-community actions of the author, in a process of intellectual and militant craftsmanship, committed to popular participation in health, from the academic, community and government management settings, which have always kept inextricably linked. An approach is made to understand the experiences of popular participation of the Community Health Ombudsman (1999-2007), its tensions, distensions, ruptures and challenges, from the interpretive, critical and historical epistemic framework, for which as a methodology the systematization of the experiences of its protagonists and the autobiographical narrative. A relevant learning from this participatory process is the affirmation of this community organization in his creative powers, his dignity, love, hope and will to life, taking advantage of the cracks of a health institution dominated by a fetishized power, which allowed him to achieve partial victories for his inventory of situated learning and thus advance in other challenges and struggles for the right to health and participation in the Carabobo state and also that by recognizing itself as a sovereign people, it knew how to identify the allies who from the State were in favor of its interests. for the defense of the right to health and begin to give content to the nascent Participatory and Protagonic Democracy in Venezuela.

Keywords: Community Health Ombudsman, University Hospital “Dr. Ángel Larralde”, Popular Participation in Health, Systematization of Experiences, Autobiographical Narrative, Participatory and Protagonic Democracy, Carabobo, Venezuela.

ÍNDICE

Resumen…… 4

Abstract…… 5

Introducción…… 9

Escenario I……. 13

Escenario II. Marco Teórico…… 24

II.1. - La Sistematización de Experiencias y la Investigación en Ciencias Sociales…… 24

II.2 - Narrativas Biográficas en la Investigación Social…… 27

II.3.- La Imposición del Pensar Eurocéntrico……. 27

II.4.- Sobre el Poder y el Estado……. 29

II. 5. - Crisis Global y Crisis Epistémica de la Salud Pública…… 34

II.6.- La Miradas de la Salud desde el Pensamiento Complejo en Nuestramérica……..... 38

II.7.- Estado, Salud Pública desde Arriba y Praxis Contra-Hegemónica desde Abajo……. 40

II. 8.- Democracia Participativa y Protagónica…….. 45

II.9.- Participación Popular en Salud…… 47

II.10.- Mujer y Participación…… 50

II.11.- Educación y Comunicación Popular en Salud…….. 52

Matriz Epistémica…… 55

Escenario III. Marco Metodológico…… 57

III.1.- Procedimiento para la Sistematización de Experiencias…….. 59

Escenario IV. Análisis e Interpretación Crítica de las Experiencias (AICE)... 64

IV.1.- El Contexto Socio histórico de las Experiencias…… 65

IV.2.- Primera Etapa de la DCS. Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" (1999-2002)……. 67

IV.3.- Segunda Etapa de la DCS. Nuevos Horizontes fuera del Hospital (2002-2007)……. 90

IV.3.1.- El Tortuoso Camino del Pedir Popular al Poder Popular: Aportes de la DCS-EC para la Reflexión-Acción……. 92

IV.3.1.1.- Boletines Informativos del Foro Constituyente Bolivariano de la Salud……. 98

IV.3.1.1.1.- Bienvenidos. N° 1 Año 1, julio 2006…… 98

IV.3.2.1.- Ahora el Pueblo tiene la Palabra. N° 2 Año 1, julio 2006 …… 99

IV.3.2.2.- Incorpórate al Foro Constituyente Bolivariano de la Salud (FCBS).N° 3 Año 1, agosto, 2006 …….. 99

IV.3.2.3.- Defendamos los logros de la Revolución.N° 4 Año 1, agosto, 2006 100

IV.3.2.4.- En Carabobo con el FCBS avancemos en la construcción del Socialismo Bolivariano. N° 5 Año 1……. 101

IV.3.2.5.- Consejos Populares de Salud: propuesta para la discusión. N° 6 Año 2……. 102

IV.3.2.6.- Hora de definiciones y compromiso revolucionario. N° 7 Año 2… 103

IV.3.2.7.- Vigilancia Revolucionaria y Ofensiva del Poder Popular.N° 8 Año 2 …… 103

IV.3.2.8.- Foro Constituyente Bolivariano de la Salud (FCBS) ¿De qué Participación Popular hablamos?..... 104

IV.3.1.2.- Escuelas Saludables: Entes promotores de la salud…….. 106

IV.3.1.3.- Educomunicación Popular…… 108

IV.3.1.4.- Programas Radiales…….. 110

IV.3.1.5.- La DCS-EC y el Sistema Económico Social…… 111

IV.3.1.6.- Consejos Populares de Salud…… 113

Escenario V. Aprendizajes de la Experiencia y Propuestas Transformadoras... 117

Referencias Bibliográficas……. 128

Anexos……... 138

INTRODUCCIÓN

"El Quijote nos dice que nuestra imaginación importa; que nuestro lenguaje importa; que nuestros sueños importan; que nuestros fracasos importan. Nos revelan la condición humana…lo que mantiene más vivo al Quijote es que, frente a todos los dogmatismos y las intolerancias, haya tenido la capacidad de arrojar dudas sobre las más terribles certezas."

Carlos Fuentes

En la interesante propuesta sobre la Artesanía Intelectual de Charles Wright Mills (2009), hay dos elementos que a mi juicio son claves; el primero, que no debemos separar el trabajo intelectual de la vida, el trabajo intelectual es la elección de un tipo de vida tanto como de una carrera; sépalo o no, el trabajador intelectual forma su propio yo a medida que trabaja por perfeccionarse en su oficio y el segundo aspecto, es el referido a que en la práctica, nunca se empieza a trabajar en un proyecto, ya se está trabajando, bien sea en un filón personal, o en los ficheros, o tomando notas o en ocupaciones guiadas por otros, siguiendo ese modo de vivir y de trabajar, siempre tendrás muchos asuntos sobre los que quisieras seguir trabajando. De allí que, como lo establece Ander-Egg al exponer algunas ideas del prolífico y rebelde pensamiento de Wright Mills, toda investigación social debe integrar la biografía personal y la historia en sus intersecciones dentro de la sociedad.

Esta tesis doctoral recoge parte del continuum investigativo-académico y de accionar político y comunitario que he desarrollado desde hace muchos años, digamos que desde la adolescencia, en ese proceso de artesanía intelectual militante y comprometido, que nos ofrendó Charles Wright Mills (2009), en donde me he sumergido en temas, problemas y situaciones

como las luchas reivindicativas estudiantiles y barriales (en su connotación de barro y barrio) y por el derecho a la salud como médico rural, la docencia universitaria en Salud Pública, Salud de los Trabajadores y en las distintas experiencias de participación popular en salud desde los escenarios académicos, comunitarios y de gestión de gobierno, los cuales mantuve siempre indisolublemente ligados: *Movimiento Pro-Rescate del Hospital Bucaral (1990-1998), Defensoría Comunitaria de la Salud (1999-2008), Foros Constituyentes y Consejos Populares de Salud, Complejo Cultural Deportivo y Recreativo del Sur (CDR-SUR) y Comuna Ecosocialista "El Sur Existe" (2007-2018).* En este trabajo, solo se sistematizó la experiencia de la *Defensoría Comunitaria de la Salud,* lo que representa el inicio de una línea de investigación que bajo el mismo enfoque, abordará al resto de las experiencias.

Afortunadamente, mantuve celosamente guardados en mis archivos personales, valiosas fuentes documentales de todas esas experiencias, esperando alguna oportunidad de hacerlas aflorar. Con este trabajo investigativo pretendo mostrar algunas grietas en la dura roca de dominación del *poder sobre o poder fetichizado,* en las que el pueblo gritó un No indignado ante la vulneración de su derecho a la salud y a la participación, una negación convertida en creación, en el otro hacer alternativo donde el pueblo se afirma. Es así como, desde una perspectiva biográfico-narrativa y de sistematización de experiencias comprometida y emancipadora, expongo para el debate necesario, esta investigación organizada en cinco escenarios:

- **Escenario I:** En este escenario expongo como propósito de esta investigación la comprensión del proceso de participación popular en salud en el contexto de las experiencias de la *Defensoría Comunitaria de la Salud* durante sus dos etapas, en el Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" y luego extendida al estado Carabobo y la importancia de la visibilización de estas luchas sociales por el derecho a la salud y a la participación popular establecida en nuestra Carta magna, luchas que son grietas de

dignidad que junto a otras se abren a lo largo y ancho del país y se unen en coalescencia para derrumbar mecanismos de dominación del poder fetichizado aún presente en el Estado y contribuir al proceso de construcción de la democracia participativa y protagónica.

- **Escenario II:** Es el marco teórico-referencial que aborda la perspectiva biográfico-narrativa y la sistematización de experiencias como métodos de investigación en ciencias sociales y contiene además, las cinco dimensiones categoriales con las cuales nos aproximamos críticamente a la *participación popular en salud* como eje temático central de la sistematización: concepción de salud, relación poder-estado, democracia participativa y protagónica, educomunicación popular y participación de la mujer.
- **Escenario III.-** Es el marco metodológico en el cual se exponen los métodos de investigación cualitativa, biográfico-narrativo y la sistematización de experiencias con sus pasos: conformación del equipo de sistematización, delimitación de la sistematización, justificación y propósitos, ejes centrales o temáticos de la sistematización, reconstrucción ordenada de la experiencia (ROE), análisis e interpretación crítica de la experiencia (AICE), aprendizajes de la experiencia, propuestas transformadoras y socialización. Además contiene, los procedimientos para la recolección de la información
- **Escenario IV**.- Análisis Crítico e Interpretación de la Experiencia (AICE). Corresponde al análisis crítico del eje temático central de la experiencia que es la participación popular en salud a la luz de los aportes teóricos de las cinco dimensiones: enfoque de salud, relación poder-estado, democracia participativa y protagónica, educomunicación popular y participación de la mujer. Contiene los aportes del equipo de sistematización y la profundización teórica del autor.

- **Escenario V.-** Aprendizajes de la experiencia, propuestas transformadoras y socialización de la experiencia. Contiene los aportes del equipo de sistematización y la profundización teórica del autor.

ESCENARIO I

"Es la superioridad de la fuerza moral, la que inclina para sí la balanza política".

Simón Bolívar. Manifiesto de Cartagena, 1812

En el efímero tránsito físico que tenemos durante nuestras vidas, algunos optamos por la búsqueda de la asociatividad con los iguales, participando en acciones reivindicativas por derechos sociales, luchas políticas y anti status quo, que asumimos convencidos en su justeza para el logro del bien común. Estas acciones sociales implican esfuerzo, sacrificio, sueños compartidos, compañerismo, rupturas, indignación, derrotas y victorias, las cuales las más de las veces, se diluyen en el olvido y en el anonimato. Pero como señala Morín (2011) con su dejo de optimismo, hay millones de iniciativas que florecen en todas partes del mundo, a menudo ignoradas, pero cada una en su vía aporta confianza y conciencia.

Las comunidades que han visto vulnerados sus derechos y que se organizan para su defensa, expresan una voluntad de vida, cual es una tendencia originaria de todos los seres humanos. Ahora bien, en la medida que las comunidades logren consensos para alcanzar solidez en la unión que les permita resistir y ejercer la voluntad de vivir, tendrán poder político[1]. La política en este sentido, es una actividad que organiza y promueve la producción, reproducción y aumento de la vida. Refiere además, que este poder aunque sea debilitado, acosado y que no se pueda expresar, lo tiene siempre y solamente la comunidad política soberana, el pueblo; es el llamado *poder potentia*. Este poder así, no tiene aún existencia real,

[1] El filósofo Enrique Dussel en su libro *20 tesis de política* se refiere al poder político no como dominación, el cual es propio de la modernidad eurocéntrica y afirma que los movimientos sociales deben darle una noción positiva al poder político como voluntad de vivir, voluntad que nos empuja a evitar la muerte, postergarla, a permanecer en la vida humana (Dussel, 2010).

objetiva, empírica, es una posibilidad futura, pero al lograrse las mediaciones institucionales para su ejercicio aparece el *poder potestas* (Dussel, 2010).

La búsqueda del bien común a través de la participación popular, implica un compromiso de ciudadanía, una voluntad de vida, de buen vivir, de vivir bien. La participación popular en la vida republicana es lo que da contenido a la democracia; a más participación, más democracia radical, es así como el sujeto construye su realidad emancipatoria. En su libro *La Vía del Futuro de la Humanidad*, Edgar Morin (2011) hace críticas a la democracia parlamentaria a la cual juzga de desvitalizada, esclerosada e insuficiente para afrontar los grandes desafíos de la era planetaria y propone la necesidad de explorar la distintas modalidades de democracia participativa para despertar el interés de los ciudadanos en la necesaria regeneración del pensamiento político y las vocaciones militantes para afrontar los grandes problemas.

A este respecto, como asevera Puerta (2015), el ser humano hace la historia, pero con premisas de un proceso histórico concreto anterior; en este legado hay resistencia y resentimiento que matiza la sensibilidad que acompaña el círculo hermenéutico estético de nuestros pueblos. Es así como, el mito heroico y bolivariano ha fungido como núcleo de nuestro nacionalismo, para la consolidación del Estado nacional venezolano, en momentos especialmente críticos de su historia.

Desde esta perspectiva, en Venezuela a partir del año 1998, se inicia un cambio político que rompe con la continuidad en el gobierno de los partidos firmantes del Pacto de Punto Fijo[2]. La elección de Hugo Rafael Chávez Frías como presidente de la república, representó un nuevo horizonte de esperanza para las grandes mayorías, al ofrecer una ruptura del modelo

[2] Fue un pacto de gobernabilidad después de la caída de la dictadura de Marcos Pérez Jiménez, firmado en la residencia de Rafael Caldera llamada Punto Fijo, el 31 de octubre de 1958 por los partidos políticos Acción Democrática (AD), Comité de Organización Política Electoral Independiente (COPEI) y Unión Republicana Democrática (URD) y del cual se excluyó al Partido Comunista de Venezuela (PCV). Constituyó un sistema de coalición entre élites, excluyente y restringida, que respondía a los intereses de la oligarquía venezolana y del gobierno estadounidense (EUA) (Lewit y Wainer, 2014).

democrático representativo bipartidista que gobernó el país durante 40 años (1958-1998) y esta ruptura con la vieja institucionalidad, se cristalizó con la convocatoria por parte del presidente Chávez a una Asamblea Nacional Constituyente, para la elaboración de una nueva carta magna y su posterior aprobación por un inédito referéndum consultivo, realizado el 15 de diciembre de 1999. Para la elaboración de la nueva Constitución Nacional se generó una amplia consulta popular en diversos sectores de la vida nacional y así comenzó a ser parte del debate central, el nuevo modelo de democracia participativa y protagónica.

Chávez supo despertar el aletargado mito heroico bolivariano[3] y lo situó en sintonía con los sectores sociales históricamente excluidos. El discurso nacionalista chavista buscó su ethos y pathos en la población humilde (Puerta, 2012). Refiere además, que el bolivarianismo ha contribuido a la integración y elevación de la autoestima colectiva y ha incentivado la acción política constructiva, lo que bastaría para justificarlo desde el punto de vista hermenéutico político.[4]

Una autocrítica que siempre nos hemos hecho quienes nos involucramos a lo largo de nuestras vidas en las luchas sociales, es que no escribimos lo que hacemos, no lo sistematizamos y vaya que hemos hecho cosas; son experiencias valiosas que no se pueden perder en la memoria de sus protagonistas, tal como lo señala Herrera (2010). Podríamos decir que no fuimos simples habitantes, adaptados y conformistas con nuestro entorno social, esas luchas fueron si se quiere, la concreción de formas de Investigación-Acción-Participante no enunciadas, que respondieron a necesidades interpretadas y sentidas por las comunidades

---

3 En El *Libro Azul* Hugo Chávez Frías expone el Árbol de las tres raíces o Sistema EBR aludiendo a Ezequiel Zamora, Bolívar y Simón Rodríguez como *"...la referencia verdaderamente válida y pertinente con el carácter socio histórico del ser venezolano…".* (Chávez, 2013).

4 El 4 de febrero de 1992 se inició una portentosa revolución cultural. Al caracterizar el comandante Chávez como bolivariana la insurgencia cívico militar, se produjo el mayor reordenamiento de las bases identitarias del pueblo venezolano, después de la guerra de Independencia. A partir de entonces, el legado de Bolívar, se alinea de nuevo con la causa profunda del pueblo venezolano y pasa a inspirarlo en su gesta libertaria ahora en el siglo XXI (Calzadilla citado por Carvajal, 2023).

insumisas y por ende fueron procesos de construcción de ciudadanía en espacios comunitarios, gubernamentales y académicos.

Ahora bien, ese esfuerzo participativo asumido con un carácter -sin ambages- de militancia política y social (como sentido de vida, Puertas dixit) puede llevarnos a una reflexión ética y política, con algún valor para la comprensión de la participación popular en salud en el estado Carabobo a partir de la interpretación de sus protagonistas, de sus verdades vitales; entendida éstas, como las condiciones de vida, de certezas y transformaciones del sujeto, con lo que se cree, cómo se vive, se siente y se piensa, siendo el enfoque hermenéutico el más indicado para la comprensión de los sentidos y las verdades vitales (Puerta, 2015).

El marxista crítico Karel Kosic en *Dialéctica de lo Concreto* (1967) plantea que el mundo real es un mundo en el cual las cosas, los significados y las relaciones son construcciones del hombre social y el hombre mismo se revela como sujeto real del mundo social. Además, enfatiza que el conocimiento no es contemplación y que la contemplación del mundo se basa en los resultados de la praxis humana, o sea, que el hombre sólo conoce la realidad en la medida en que crea la realidad humana y se comporta ante todo como ser práctico.

La democracia participativa que aspiramos y queremos para revitalizar a la ciudadanía no crea automáticamente ciudadanos activos y bien informados (Morín, 2011). En el mismo orden de ideas y apelando a la impronta mítica heroica que nos legó Simón Rodríguez, maestro del Libertador Simón Bolívar, quien moviéndose continuamente entre la política, la ética y la pedagogía, nos decía que solo el hombre que sabe gobernarse a sí mismo, participa en un gobierno de todos, porque sabe contenerse y moderarse para pensar en los otros y en todos (Calzadilla Arreaza, 2010).

Con estas premisas, es claro entonces que *"a participar se aprende participando"* y son plausibles todas las iniciativas de participación popular, que florecen en Venezuela a menudo torpedeadas, ignoradas, pero cada una en su vía aportan confianza y conciencia -como

nos entusiasma Edgar Morín- para la profundización de la democracia, para llenarla de contenido sustantivo, para hacerla verdaderamente participativa y protagónica.

Muchas iniciativas de participación popular en Venezuela, han sido torpedeadas e ignoradas por el poder político fetichizado, que según Dussel (2010) ha sido corrompido y desnaturalizado como dominación; son los miembros del gobierno y las instituciones que ejercen el poder desde su autoridad autorreferente como la sede o fuente del poder político y dejan de responder a la voluntad general del pueblo. A este respecto, ya Simón Rodríguez denunciaba ese poder político fetichizado durante la colonia *"En creer que gobierna porque manda prueba ya que piensa poco. En sostener que sólo por la ciega obediencia subsiste el gobierno prueba que ya no piensa"* (Calzadilla, Arreaza, 2010).

Chávez (2013), atendiendo estas reflexiones de Simón Rodríguez, en *El Libro Azul* expone el modelo de democracia popular bolivariana, en el cual se plantea que el sistema político a todos los niveles, *debe instrumentar canales por los cuales corra el poder popular protagónico.* En este libro se establecen los cimientos políticos e ideológicos del sistema político iniciado por Chávez en 1998 y los canales para la promoción de la participación popular que refiere, los cuales tienen un marco jurídico institucional con la aprobación de la constitución nacional en 1999 a través de un inédito referéndum consultivo y con el posterior paquete de leyes del poder popular y sus reglamentos.

Transcurridos 23 años del inicio de este modelo político de democracia participativa y protagónica, el tránsito del *pedir popular* al *poder popular* ha sido largo y tortuoso. Con el *pedir popular* nos referimos a la actitud del habitante quejoso, apático, desinteresado de los problemas de la comunidad, que no ofrece soluciones, que solo extiende la mano para pedir al Estado y es presa fácil del clientelismo de los fetichistas del poder y que se dice "apolítico", es el habitante que mendiga al Estado la solución de sus problemas, es el habitante instrumentalizado por la democracia representativa esclerosada referida por Morín (2012). Al

contrario, el poder popular, es el poder como *potestas* de Dussel. El poder de la comunidad (potentia) asume o se da instituciones políticas (potestas) ejercidas por delegados elegidos cuya función es cumplir con las exigencias de la vida plena de los ciudadanos, bajo un sistema de legitimidad y en lo estratégicamente factible obrará siempre en favor de la comunidad atendiendo a sus exigencias y reclamos.

Como señala Herrera (2010), las prácticas sociales son un espacio privilegiado para la construcción del saber y el conocimiento, de manera que no se debe dejar perder la experiencia en la memoria de sus protagonistas La sistematización de la experiencia como una expresión de la práctica social e histórica, tiene un marco epistemológico definitivamente no positivista, sino dialéctico, interpretativo, crítico e histórico y consiste en procesos históricos complejos, en los que intervienen diferentes actores en un contexto económico, social y cultural determinado y en situaciones organizativas o institucionales particulares; son por tanto, lugares vivos de creación y producción de saberes, directamente vinculados a la experiencia, que siempre será inédita y fugaz, desde ellos se tiene la base para realizar un ejercicio crítico de construcción de conocimientos y de descubrimiento del sentido de lo vivido (Jara Holliday, 2018).

La sistematización como reconstrucción y reflexión analítica sobre una experiencia, que interpreta lo sucedido para ser comprendido, permite obtener conocimientos consistentes y sustentados, para comunicarlos y confrontarlos con otras experiencias y con el conocimiento teórico existente, y así contribuir a una acumulación de conocimientos generados desde y para la práctica (Barnechea García y Morgan Tirado, 2010). Cuando el pueblo adquiere conciencia para sí, este pueblo reconstruye la memoria de sus gestas, hechos olvidados y eclipsados en la historia de los vencedores como enseña Walter Benjamín (Dussel, 2010).

Dentro de esta línea de pensamiento se inscribe esta investigación, cuyos insumos no se tomaron desde los márgenes de la participación, sino inmerso en sus procesos, para - a través

de su sistematización y narrativas biográficas- rescatar de la memoria y escuchar las voces de sus protagonistas y así interpretar las distintas facetas de la participación popular en salud, sus tensiones, distensiones, rupturas y desafíos.

El recorrido de las experiencias de participación popular en salud en las cuales participé, se remontan a principios de la década de los años 90[5]; en la última década de la democracia representativa puntofijista, gobernaba en el estado Carabobo en aquel entonces Henrique Salas Römer y Rafael Caldera era el presidente de la república y culmina en el año 2018, siendo Francisco Ameliach gobernador del estado Carabobo y Nicolás Maduro Moros presidente de la república (2013-2019). Habían transcurrido 18 años de altibajos del modelo de democracia participativa y protagónica establecida en la nueva carta magna.

Para la presente investigación, se seleccionaron dos experiencias para su sistematización, las demás experiencias serán referidas en la narrativa autobiográfica del autor - que no tendrá un escenario aparte, sino que estará inmersa en el cuerpo del trabajo - y en próximos trabajos de esta línea de investigación serán sistematizadas.

Las experiencias de participación seleccionadas son: Defensoría Comunitaria de la Salud del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" (HUAL) en su primera etapa comprendida de 1999-2000 y Defensoría Comunitaria de la Salud del estado Carabobo, desarrollada en su segunda etapa comprendida de 2000-2008.

[5]En 1990 me incorporé al *Movimiento Pro-Rescate del Hospital Bucaral* en Flor Amarillo, en ese momento era directivo de la asociación de vecinos de mi comunidad en la Urbanización Tacarigua, parroquia Rafael Urdaneta. Esta sería la primera experiencia en donde asumo colectivamente la lucha por la participación popular en salud, la cual fue una interesante lucha, que será sistematizada en otra oportunidad. Vale mencionar, que este nexo ético-político con la participación popular, viene desde la adolescencia. En el año 1984 como médico rural en Vallecito de Cumbre en el estado Cojedes, reivindicando el derecho a la salud, organicé un comité de salud con los jóvenes de la comunidad del cual surgió el periodiquito *"Salud"*, sobre esta experiencia elaboré la crónica anecdótica *"Por una ñinguita se nos cae el "hambre" en Vallecito"* (Ortunio Carrizalez, 2019). Ahora bien, remontándome a la adolescencia, época en la cual ya era militante político, participé en las luchas estudiantiles y populares; siendo estudiante de medicina en el año 1981, fui miembro fundador y vicepresidente de la primera *Asociación de Vecinos del Barrio El Carmen Sur*, hoy terriblemente gentrificado por el Mercado de los Guajiros y además fui participante activo de una organización barrial denominada *Coordinadora de los Barrios*, en donde activamos militantes de distintas organizaciones de izquierda.

La Defensoría Comunitaria de la Salud (DCS) es una organización comunitaria, que surgió a partir de la experiencia de participación popular en salud iniciada en el HUAL en el año 1999, durante mi gestión al frente de la dirección de este importante centro de salud del estado Carabobo. Se constituyó como asociación civil, siendo su objetivo: participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la gestión del HUAL, para convertirlo en un hospital público modelo de excelencia, descentralizado, autónomo y cogestionario, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad y solidaridad, integrado al Sistema Público Nacional de Salud, que garantice al paciente un trato digno, ético y humano y una atención integral para la restauración de su salud, acorde al desarrollo científico-técnico. Su primera junta coordinadora estuvo integrada por miembros de las comunidades del municipio Naguanagua y por trabajadores del hospital, quienes acudieron al llamado del director, para incorporarse a una gestión de puertas abiertas (DCS-HUAL, 2000 a).

Estas dos experiencias difieren en el aspecto relacionado con la facilitación de la participación popular desde la gestión gubernamental, ya que al asumir la dirección del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde (HUAL), promoví y apoyé la incorporación de las comunidades en la gestión y la creación de la *Defensoría Comunitaria de la Salud* de este hospital; esta primera etapa de la organización, comprendió desde el mes de septiembre de 1999 hasta el mes agosto de 2002. Mientras que en la segunda etapa de esta organización popular, que ahora se denominaba *Defensoría Comunitaria de la Salud del estado Carabobo*, ya no estaba en la gestión de gobierno, sino que me había reincorporado como docente universitario. Sin embargo, desde esta posición académica, seguí participando como miembro de esta organización comunitaria y apoyando con planes formativos como el curso *Liderazgo Comunitario y Participación en Salud*, desde la Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, de la cual

fui director durante los años 2000-2002. Esta facilitación o apoyo de la participación popular dentro del ejercicio de la función pública tiene implicación ético-política, ya que en la misma se asume el poder como *potestas* dusseliano.

Los procesos de sistematización de experiencias, requieren metodológicamente la definición de un eje temático central, que permita concentrar el foco de atención sobre el aspecto o aspectos puntuales, que como hilo conductor favorece la narrativa de la trayectoria de las experiencias (Jara Holliday, 2018). En este sentido, el eje central de la presente investigación, es la *participación popular en salud* y el análisis crítico para su comprensión, se hizo en cinco dimensiones, a saber:

1. Concepción de salud.
2. Relaciones de poder y estado.
3. Democracia participativa y protagónica.
4. Educomunicación popular.
5. Participación de la mujer.

Además, tal como refiere Vargas (2021) en las últimos tiempos, las ciencias sociales están revalorizando enormemente el estudio de las creencias, los valores, las opiniones, el ethos personal y colectivo, el saber de sentido común; y han restituido, en el campo de la investigación social, la importancia de las llamadas técnicas de sí, como el relato autobiográfico, diarios, cartas, entre otras y recalca que la comprensión de la sociedad a partir de la subjetividad social supone considerar el punto de vista del individuo como actor y autor y la concepción de la realidad social como una construcción permanente y nunca terminada, motivo por el cual se integra en esta sistematización de experiencias, una breve aproximación hermenéutica, de mi narrativa autobiográfica.

Este trabajo investigativo representa un aporte para el debate que se viene dando en el país y sobre todo en las comunidades organizadas que apuestan y se atreven a transitar el

tortuoso camino del *pedir popular al poder popular*, que siente las bases reales y firmes de la democracia participativa y protagónica, que tantos enemigos externos e internos ha tenido desde 1999; solo respetando y preservando la memoria histórica del acumulado de las experiencias de las luchas del pueblo en el ejercicio soberano de su protagonismo, sus avances y retrocesos y sobre todo sus aprendizajes, permitirán trascender la elocuente retórica del *poder popular* -solo de la boca para afuera- de muchos gobernantes, *"representantes del pueblo"* y funcionarios gubernamentales, que calladamente prefieren la vieja práctica clientelar del *pedir popular*, para conservar sus privilegios En fin, se trata de reconstruir microhistorias de pueblo insurgente cuyas voces las escriban sus protagonistas con sus sentidos, emociones, sueños y sentimientos y con su cargas mítico heroicas; voces que, como señala Herrera (2010), muchas veces son acalladas, silenciadas o simplemente atoradas en las gargantas de las clases, etnias, géneros o las generaciones marginadas, voces maliciosamente escondidas o distorsionadas, así como sus gestos arbitrariamente vaciados de sentido.

Si definimos y defendemos a la salud como *buen vivir*, *vivir bien* y derecho humano e incluso como señala Samaja (2004), si nos atrevemos a sostener coherentemente la concepción de salud, como el más completo estado de bienestar, entonces es inseparable de las condiciones de vida y *solo se la puede concebir (a la salud) como función esencial del control más democrático y armonioso posible de la población sobre todas las dimensiones de los procesos de reproducción de su vida social* y le agrego, qué mejor modelo que la democracia participativa y protagónica para abarcar todas esas dimensiones de la reproducción de la vida, con el pueblo organizado y consciente participando en la toma de decisiones desde el nivel comunal hasta el nivel nacional, tal como lo establece la Constitución Bolivariana y el conjunto de leyes del poder popular.

ESCENARIO II

MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL

"La teoría social está relacionada con las alternativas históricas que amenazan a la sociedad establecida como fuerzas y tendencias subversivas. Los valores ligados a las alternativas se convierten en hechos al ser trasladados a la realidad mediante la práctica histórica. Los conceptos teóricos culminan en el cambio social".

Herbert Marcuse

II.1. - La Sistematización de Experiencias y la Investigación en Ciencias Sociales

La sistematización de experiencias surgió desde el campo del trabajo social, el cual estaba influido por corrientes norteamericanas que postulaban un metodologismo[6] aséptico, sin cuestionamiento al orden social. El sentido inicial de la sistematización buscaba recuperar, ordenar, precisar y clasificar el saber del servicio social para darle un carácter científico-técnico a la profesión. En los años 70 se planteó la reconceptualización del trabajo social desde la realidad latinoamericana, para confrontar la neutralidad metodológica y contribuir a mejorar las condiciones de vida del pueblo. En los años 70 y 80 en América Latina hubo mayor interés en la sistematización, las cuales se alimentaban de ocho corrientes teórico-prácticas: el Trabajo Social reconceptualizado; la educación de adultos; la educación popular; la comunicación popular, el teatro del oprimido, la teología de la liberación. Las corrientes teórico-prácticas antes señaladas, buscaban leer la realidad desde otros marcos interpretativos, y estaban

6 Wacquant 2008: 55, citado por Cohen y Gómez Rojas (2019) afirma: *"el metodologismo puede definirse como la inclinación a separar la reflexión sobre los métodos de su uso real en el trabajo científico y a cultivar el método por el método mismo."*

convencidas de los aprendizajes que surgían de las experiencias de educación popular. En Centroamérica, se convocó a un Taller Regional de Sistematización y Creatividad desde donde surgió una propuesta teórica, metodológica y práctica de sistematización de experiencias (Jara Holliday, 2018).

En este orden de ideas, se plantea que a través de la sistematización se pasa de la comprensión del proceso vivido, a la producción de conocimientos más amplios; o sea, la sistematización puede ayudar a llegar a un primer nivel de teorización y proponer lineamientos que orienten el enfrentamiento integral de los problemas de los sectores populares. La construcción por parte de un equipo de sistematización una visión de conjunto sobre el proceso vivido, en cuanto a aciertos y errores, límites y posibilidades, la sistematización posibilita la autoformación de las personas y aporta cohesión y coherencia grupal. Siendo así, no se incurre en la repetición mecánica de procedimientos y se supera el activismo. Si los aprendizajes se comparten, la sistematización facilita la contrastación ayudando a no empezar de cero, repetir errores, mejorando la práctica de otros (Barnechea García y Morgan Tirado, 2010).

Otros autores coinciden en señalar que la sistematización de experiencias es un proceso político, dinámico, creador, interactivo, sistémico, reflexivo, flexible y participativo, orientado a la construcción de aprendizajes, conocimientos y propuestas transformadoras, por parte de los actores sociales o protagonistas de una experiencia en particular, mediante el análisis e interpretación crítica de esa experiencia a través de un proceso de problematización (Cooperativa Centro de Estudios para la Educación Popular CEPEP, 2010). Es relevante mencionar que, la sistematización de experiencias ha sido reconocida como un método de investigación y cuenta con carta de validez en las ciencias sociales, gracias a muchos teóricos y pensadores latinoamericanos, aun cuando algunas disciplinas académicas siguen herméticas y la miran con cautela (Román Maldonado, 2020).

Ahora bien, refiere Clocier (2014), que esta propuesta tiene cuatro décadas en América

Latina, con pasos más firmes y mayor presencia en los sectores populares y en ámbitos académicos, sobre todo en los que propugnan iniciativas transformadoras; a este respecto, merece destacar que la sistematización de experiencias, no busca generalizar ni prescribir recetas acerca de cómo llevar a cabo experiencias emancipadoras. La misma significa, un esfuerzo por aproximarse a la comprensión de la realidad vivida a los fines de mejorar la intervención social. Coincide con otros autores, en que es una propuesta política latinoamericana, de carácter colectivo y participativo, para la creación de conocimientos a partir y acerca de prácticas emancipadoras, con objetivos claros de transformación social y compromiso con los sectores populares y en este sentido, considera que como alternativa investigativa, abona el terreno de las *epistemologías del sur* [7], ya que tomamos conciencia de lo que somos y de cómo es nuestro hacer, al mirar (nos), sentipensar (nos), de construir (nos) desde el sur, desde experiencias particulares con sus sentidos y significaciones y por ende, aporta a la construcción de nuestra memoria histórica. Es por ello, que la sistematización de experiencias, favorece su empoderamiento en las condiciones del proceso sociopolítico del país, que requiere de prácticas comprometidas con las transformaciones que se desarrollan y que permitan, a la misma vez, dejar registro de lo que se hace. Por esta razón se observa la realización de proyectos de sistematización de experiencias y de procesos formativos en diferentes organizaciones del poder comunal, sectores culturales, educativos, populares, entre otros.

---

[7] Las Epistemologías del Sur reclaman nuevos procesos de producción, de valorización de conocimientos válidos, científicos o no, y nuevas relaciones entre varios tipos de conocimiento, a partir de las prácticas de clases y grupos sociales que han sufrido destrucción, opresión y discriminación por el capitalismo, el colonialismo y todas las naturalizaciones de la desigualdad en las que se han desdoblado. Las Epistemologías del Sur son históricas, pero de otras historias, no la historia universal de Occidente. Contiene dos procedimientos centrales: la sociología de las ausencias y la sociología de las emergencias (De Sousa Santos, 2011).

II.2 - Narrativas Biográficas en la Investigación Social

Las biografías o autobiografías como reconstrucciones orales o escritas, constituyen un juego de intersubjetividades en una dinámica permanente. Son esencialmente una descripción fenomenológica que exige del investigador cuatro habilidades: observar, escuchar, comparar y escribir, las que hay que poner en juego, que exigen a la par sistematicidad y cierta dosis de artesanía como lo recomendaba Wright Mills. Las experiencias históricas y modos de existencia del sujeto condicionan su comportamiento, su personalidad, la narración de su propia vida y la significación atribuida a cada experiencia vivida u oída. Es por ello que un enfoque idiográfico (centrado en el individuo) y cualitativo, que implica entre otras cosas la característica de ser inductivo, de manera que los sujetos o grupos no se reducen a variables sino que son considerados dentro de su contexto ecológico, social e histórico. (Sanz Hernández, 2005).

II.3.- La imposición del pensar eurocéntrico: Base de las dificultades teóricas para entender lo nuestroamericano[8]

"Las alternativas a las propuestas neoliberales y al modelo de vida que representan, no pueden buscarse en otros modelos o teorías en el campo de la economía, ya que la economía misma como disciplina científica asume en lo fundamental, la cosmovisión neoliberal".

Edgardo Lander.

---

8 En la América hay dos pueblos y no más que dos, de alma muy diversa por los orígenes, antecedentes y costumbres y sólo semejantes en la identidad fundamental humana. De un lado está Nuestra América y todos sus pueblos son de una naturaleza y de cuna parecida o igual e igual mezcla imperante; de la otra parte, está la América que no es nuestra…" (José Martí, en discurso del 15 de diciembre de 1894) (Carvajal, 2023).

El psiquiatra y escritor Guillermo Cohen De Govia propuso en un taller, en el marco del III Congreso Anfictiónico Bolivariano desarrollado en la Universidad de Panamá en noviembre de 1999, la utilización del término "nuestroamericanos" para definirnos a nosotros mismos. La definición "Nuestra América" es la más apropiada para abarcar y delimitar el espacio y la identidad que nos pertenecen a los que hasta ahora nos llaman y nos llamamos latinoamericanos y caribeños. Proclamemos entonces el rebautismo, y llamemos a nuestra hermosa geografía "Nuestra América", sabiendo muy bien a quiénes estamos excluyendo y sintiéndonos los que habitamos esta tierra de color verde esperanza, los "nuestroamericanos". Así haremos justicia con nuestra historia, con nuestra identidad y, sobre todo, con nuestra dignidad (López, H, 2011).

Refiere Boaventura de Sousa Dos Santos (2009) que debido que las teorías sociales, categorías y conceptos que utilizamos fueron elaborados y desarrollados en Europa y Estados Unidos y por ende para realidades occidentales, enfrentamos diversos problemas teóricos: la ciencias sociales llevan a la inadecuación, son monoculturales (cultura occidental), nunca abordaron el problema del colonialismo (lo dejaron para la antropología), la sociedad capitalista moderna crea una discrepancia enorme entre experiencias actuales y expectativas del futuro.

Por otra parte, Lander (2000) establece que la naturalización de la sociedad liberal como la forma más avanzada y normal de existencia humana, no es una construcción reciente, sino que forma parte del pensamiento social occidental de los últimos siglos. A su juicio, la misma se entronizó a través de dos dimensiones constitutivas de los saberes modernos con orígenes históricos diferentes, pero estrechamente imbricados, a saber: las sucesivas separaciones o fragmentaciones del mundo de lo "real" y concomitantemente, las formas de construcción del conocimiento sobre esas bases y la forma de articulación de los saberes modernos con la organización del poder (relaciones coloniales/imperiales de poder). Ante tal imposición, Lander clama por un esfuerzo de deconstrucción de ese carácter universal y natural de la sociedad capitalista-liberal a través del cuestionamiento de los instrumentos de naturalización y legitimación de ese orden obsceno (Marcuse dixit), como son el conjunto de saberes de las ciencias sociales.

Desde esta perspectiva, Quijano (2000) expone que con la constitución de América (Latina), el emergente poder capitalista se mundializa, siendo los ejes centrales de su nuevo patrón de dominación, la colonialidad y la modernidad; sus centros hegemónicos se localizan en lo que después sería Europa, desde allí se construiría el universo intersubjetivo con un modo de producir conocimiento acorde a las necesidades cognitivas del capitalismo: la medición, la cuantificación, la externalización (u objetivación) de lo cognoscible respecto del conocedor,

para el control de las relaciones de las gentes con la naturaleza y entre aquellas respecto de ésta y en especial la propiedad de los recursos de producción. Este modo de conocimiento fue, por su carácter y por su origen, eurocéntrico. Denominado racional, fue impuesto y admitido en el conjunto del mundo capitalista como la única racionalidad válida y como emblema de la modernidad.

Bajo esta racionalidad moderna, Europa y los europeos, se configuran como el nivel más avanzado en el camino lineal, unidireccional y continuo de la especie, desde este panorama, se consolidó otro de los núcleos principales de la colonialidad/modernidad eurocéntrica: una concepción de humanidad según la cual la población mundial se diferenciaba en inferiores y superiores, irracionales y racionales, primitivos y civilizados, tradicionales y modernos (Quijano, 2000).

II.4.- Sobre el Poder y el Estado

"Empezamos con el grito, no con el verbo. Ante la mutilación de las vidas humanas por el capitalismo, un grito de tristeza, un grito de horror, un grito de rabia, un grito de negación: ¡NO!" John Holloway

Boaventura de Sousa Dos Santos (2008) se introduce en el debate sobre la diversidad de los procesos socio-políticos anti-neoliberales en ciernes en nuestra América y señala en lenguaje ambivalente, que hoy tenemos procesos reformistas que parecen revolucionarios, como es el caso de Bolivia y Venezuela y procesos revolucionarios que parecen reformistas, como el de los zapatistas en Chiapas y en tono bromista alude al caso de Lula en Brasil como proceso reformista que ni siquiera reformista parece.

Javier Biardeu, sociólogo venezolano de prolíficos escritos en su blog *Saberes Contrahegemónicos*, expone que el Nuevo Socialismo es una plataforma de perspectivas teóricas diversas, de prácticas socialistas innovadoras y cuya ruptura paradigmática radica en a) la lucha contra las codificaciones dogmáticas del pensamiento socialista b) descolonización del imaginario socialista y c) crítica radical a la explotación, coerción, hegemonía ideológica, exclusión social, discriminación y negación cultural (Biardeau, 2009 a) y exclama que así como hay múltiples izquierdas, hay diversos socialismos, así como diversos instrumentos de lucha, movilización, organización y catalizadores de nuevas formas de conciencia (Biardeau, 2009 b).

Con estos planteamientos como telón de fondo, abordaré el álgido tema del Estado y el poder, el cual constituye una obligada reflexión teórica a propósitos de las ricas experiencias de los cambios sociales que se vienen gestando en Nuestra América. Para tal fin, se expondrán los ejes generales de las posturas contrapuestas que sobre el estado y el poder tienen John Holloway en su ensayo Doce tesis del anti-poder y Enrique Dussel en su Diálogo con John Holloway, sobre la interpelación ética, el poder, las instituciones y la estrategia política.

De igual manera, Holloway (2011) sostiene que los esfuerzos ilusos para crear un mundo digno para los humanos, a través de la conquista del poder estatal, polémica perenne de "reformistas" y "revolucionarios", fueron y son en vano. En ninguno de los casos la conquista del poder estatal logró realizar los cambios que los militantes esperaban. Ni los gobiernos reformistas ni los gobiernos revolucionarios lograron cambiar el mundo de manera radical. Sostiene además, que estos fracasos tienen raíces más profundas y es que el Estado es una forma de relaciones sociales capitalistas y su existencia, como instancia separada de la sociedad independientemente de sus políticas, participa activamente en el proceso de separación de la gente del control de su propia vida. Una política que está orientada hacia el Estado reproduce inevitablemente dentro de sí misma el mismo proceso de separación, separando a los dirigentes

de los dirigidos, separando la actividad política seria de la actividad personal frívola, conduciendo progresivamente a la subordinación de la oposición a la lógica del capitalismo.

En consecuencia, la lucha revolucionaria, hoy más urgente que nunca, se debe dar no para la toma del poder, sino para su disolución. Esta proclama de indiscutible tono provocador, la sustenta en las categorías poder-hacer (potentia) y el poder-sobre (potestas). Ahora bien, el poder hacer es social e implica la capacidad de hacer, nuestra capacidad de hacer es producto del hacer de otros y crea las condiciones para el hacer futuro de otros. Es imposible imaginar un hacer que no esté integrado de una forma u otra al hacer de otros, en el pasado, el presente o el futuro.

Tomando como referentes teóricos al joven Marx (alienación), al viejo Marx (fetichismo), Lukás (reificación), Foucault (disciplina) y Adorno (identificación); Holloway (2011) devela los mecanismos de dominación implícitos en la ruptura del poder-hacer y su transformación en el poder-sobre. Los que ejercen el poder-sobre separan lo hecho del hacer de otros y lo declaran suyo. La apropiación de lo hecho es al mismo tiempo la apropiación de los medios de hacer, y esto permite a los poderosos controlar el hacer de los hacedores, concluyendo que el poder-hacer nunca deja de existir sino que existe como negado, en una tensión antagónica con su propia forma de existencia como poder-sobre y denuncia además, que esta separación, base de cualquier sociedad donde algunos ejercen poder sobre otros, llega a su punto más alto en el capitalismo. Como hacedores separados de nuestro propio hacer, re-creamos nuestra propia subordinación.

Holloway (2011) insiste en que es ilusión pensar que la conquista del poder-sobre puede llevar a la emancipación de lo que niega, es un absurdo y propone como praxis política revolucionaria, el movimiento del poder-hacer en contra del poder-sobre no concebido como "contra-poder" (término que sugiere una simetría entre poder y contrapoder) sino como anti-poder (término que, a su juicio, sugiere una asimetría total entre poder y nuestra lucha).

La existencia real y material de lo que existe en la forma de su propia negación es la base de la esperanza, con esta proclama Halloway fundamenta su tesis emancipatoria. Es decir, lo que existe en la forma de su negación, lo que existe en el modo de ser negado, existe realmente, a pesar de su negación, como negación del proceso de negación; el error en el que se ha incurrido es que se hace una separación entre constitución y existencia, ubicándose la constitución del capitalismo en pasado histórico, y se asume que su existencia actual es estable. Este enfoque conduce necesariamente al pesimismo.

Ilustrando este enrevesado planteamiento, para Holloway la alienación no puede ser total. Si la alienación se entiende como proceso, esto implica que su curso no está predeterminado, que la transformación del poder-hacer en poder-sobre siempre está abierta, siempre está en cuestión.

Por su parte, Enrique Dussel (2004) defiende una postura diametralmente opuesta a la de Holloway, abogando por la necesidad de la existencia del Estado, al señalar que Holloway en su distinción entre poder-hacer y poder-sobre presenta insuficiencias que ameritan mayor trabajo. Considera al poder-hacer como expresión de voluntad como el poder-poner los medios para permanecer, aumentar la vida y reproducirla; y entre esos medios coloca a las instituciones. El "poder-poner" las mediaciones para la sobrevivencia es toda la cuestión ontológica del poder. Coincide con Holloway, en que el poder puede negarse en otro pero nunca extinguirse.

Además, Dussel (2004) aduce que no está claro en Holloway, la afirmación de que el oprimido (negado), mientras viva sigue teniendo voluntad para poder-poner los medios que le niega el dominador, para su plena sobrevivencia. Subsecuentemente señala Dussel que hay un poder negativo que es el poder-sobre los otros (igual que Holloway) y hay un poder creador positivo que es el poder-anterior-y-por-sobre-el poder-sobre que se acumula en la exterioridad

del sistema, en la interioridad de la subjetividad, en las comunidades críticas (movimientos sociales, partidos políticos críticos, etc.), donde la vida comienza a soñarse.

En defensa del Estado como macro-institución política, Dussel ubica en el nihilismo político a Holloway junto a Negri e insiste en la cualidad revolucionaria del poder como la acumulación de fuerza que se transforma para el poder poner las mediaciones para la vida (como poder creativo), haciendo énfasis en las mediaciones políticas necesarias para la permanencia y aumento de la vida humana en comunidad.

Dussel (2004) en la búsqueda de fundamentos de la necesidad del Estado, apela a la factibilidad, la cual se encuentra en el orden de la razón estratégica y entre sus límites estaría lo empíricamente posible para la vida humana, donde se encuentran las instituciones. Apoyándose en Marx, refiere que siendo el ser humano un ser viviente necesita de la aparición de satisfactores naturales: en forma de alimentación, calefacción, vestido, vivienda, etc, las cuales junto a otras mediaciones para la vida (lingüísticas, familiares, políticas, estéticas, etc.) necesitan ser producidas en comunidad, distribuyendo las funciones ordenadas en un todo institucional que permite la permanencia y el aumento de la vida de la comunidad.

Confiesa Dussel que toda institución en su momento creativo para responder a las exigencias de la permanencia y aumento de la vida, incluye siempre una disciplina y que ésta pronto se hace represiva. Sin embargo, constituyen un necesario instrumento de la civilización. De lo que se trata, es de la transformación de las instituciones que devinieron en instrumentos de muerte y de impedimento de vida, es decir que hay que transformar el mundo sin ejercer el poder de las instituciones, incluyendo el Estado (que hay que transformar radicalmente, pero no eliminar) es la “falacia” en la que caen Negri y Holloway. Contrario a la concepción casi universal de Max Weber sobre el poder como dominación, Dussel da un enfoque positivo tomando como ejemplo lo que expresan los Zapatistas, que defiende que el poder es obediencial. Es decir el que manda no manda mandando, si no manda obedeciendo.

En este breve pasaje sobre las elaboraciones teóricas de estos investigadores sociales en relación al Estado y al Poder, es claro evidenciar sus posturas encontradas. El asunto como expresamos al principio es seductor y debe ocupar un lugar preponderante en los debates actuales de quienes asumimos el compromiso de dudar de las certezas, en el tortuoso camino de desembarazarnos del pesado lastre de la modernidad eurocentrada, para la construcción de teorías y praxis desde y para nuestra América.

II. 5. - Crisis Global y Crisis Epistémica de la Salud Pública

"Un rostro nos revela la historia y el sufrimiento de todo un pueblo"

Benach y Muntaner

Al cumplirse el centenario del naufragio del *Royal Mail Steamship Titanic, "Buque de vapor del Correo Real Titanic"*, una maravilla tecnológica "perfecta" de la modernidad, aniversario que ha motivado la realización de diversas actividades para recrear este hecho histórico en donde la ciencia sucumbió ante la fatalidad. Es así como viene a mi memoria la reflexión de Edgar Morín (1999 a), al señalar, que basados únicamente en la cuantificación, el cálculo, y consideran el bienestar humano únicamente en términos, no se ven los problemas de las calidades de vida, y la calidad misma de la vida, que escapan a la cuantificación, en esta reflexión, el autor nos advierte metafóricamente que habitamos un Titanic planetario, con su cuatrimotor: técnico, científico, económico y de beneficios, pero no controlado éticamente y políticamente, que impulsa modelos de desarrollo.

Lamentablemente la salud pública que hoy disfrutamos y padecemos forma parte de ese cuatrimotor, sus ancestros son la policía médica (El concepto de "Medizinischepolizei", policía médica, se crea en 1764) y luego la higiene social, surgidos por la necesidad del capital de

"aliviar" los males de una sociedad naciente profundamente desigual. Se vinculó así la salud pública desde su nacimiento a un "Estado benevolente", que atendía las tensiones sociales, generadas por la explotación del hombre. Ante un salario de los trabajadores industriales inferior al mínimo de subsistencia por debajo del precio del trigo -para no afectar la naciente industria- se hacían necesarias medidas complementarias de asistencia social del Estado que garantizara la demanda efectiva de pan por parte de los trabajadores. Este conjunto de medidas estatales de antes del siglo XIX, para administrar la población y asegurar su crecimiento saludable y ordenado, correspondían a la Policía Médica propias del Estado absolutista (Del Búfalo, 2011).

Desde el siglo XVIII una de las funciones del Estado, era garantizar la salud física de los ciudadanos, función que para el Estado, era esencial para con ella asegurar la fuerza de trabajo y de producción, así como la de defensa y ataques militares.Con el famoso Plan Beveridge (1942) el Estado se hace cargo de la salud, este plan sirvió de modelo a Inglaterra y otros países para la organización de la salud después de la Segunda Guerra Mundial. En Alemania se formó en el siglo XVIII -mucho antes que en Francia e Inglaterra, lo que puede denominarse la ciencia del Estado (Foucault, s/f).

Diversos autores han anunciado y denunciado la crisis de los marcos explicativos modernos de la Salud Pública, en los años 90 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define esta crisis como la "la incapacidad de la mayoría de las sociedades para promover y proteger la salud en la medida de sus circunstancias históricas" (Organización Panamericana de la Salud, 1993).

El paradigma científico que aún domina el campo de la salud pública y que se hace eco en los ámbitos universitarios, se caracteriza por explicar la salud desde el presupuesto filosófico y teórico de la enfermedad, utilizando para su abordaje el método hegemónico positivista para explicar el riesgo de enfermar la población y el estructural-funcionalismo para comprender la

realidad. Además, hace énfasis en la preeminencia del Estado para asegurar la prevención de la enfermedad. De esta manera, los salubristas se comportan como interventores técnico-normativos (Granda, 2004).

La corriente positivista en todas sus variantes, ha ejercido y ejerce una pesada influencia en el pensamiento de la salud. Con el positivismo primero y luego con el estructural-funcionalismo, el capitalismo industrial contó y cuenta con un adecuado modo de hacer ciencia, a través de una unívoca y eurocéntrica manera de mirar al universo (uniculturalidad); tal ha sido la hegemonía del positivismo, que su impronta subsiste aún en las expresiones del pensamiento contra-hegemónico de la salud colectiva (Breilh, 2009).

En este sentido, refiere Samaja (2004) que desde cualesquiera que sean los sesgos teórico-prácticos y las ideas que se tengan sobre la salud, esta se considera un Bien. Sin embargo, en el seno de las Ciencias de la Salud, sobre la base de significados compartidos, hay una "Torre de Babel" de teorías y prácticas diversas y antagónicas, las cuales resume Samaja en tres repertorios categoriales, donde se libra una dura batalla ontológica, a saber: una ontología que postula la existencia de los entes naturales (objetos y cosas reales) como lo establecieron las Ciencias Modernas. La otra postula, que la salud y enfermedad no son hechos del mundo de las cosas reales o naturales, sino hechos del campo de las relaciones sociales (o campos de poder), configuradas a partir de las sociologías comprensivas o hermenéuticas y la que enuncia que no hay ciencia natural ni social de la salud, sino sólo construcciones discursivas difundidas por J. Derrida.

En medio de esta batalla epistémica que se libra en la salud pública, nuestra América neo-colonizada y atada estructuralmente al capitalismo globalizador, sigue sufriendo los embates de las crisis sociales y ambientales de este modelo depredador. La maquinaria neoliberal vuelve a provocar un cataclismo económico social y renueva la estrategia del terrorismo oficial, pero de manera más violenta, ahora el sistema ha demolido los derechos

principales y se sostiene a base del miedo, el terrorismo institucionalizado en la guerra y la expansión de mecanismos de control cultural y hegemonía, los cuales pasan a constituirse en procesos rectores de la vida y su reproducción, adquiriendo por tanto un estatuto epidemiológico (Breilh, 2009).

En esta línea de ideas, Ramonet (2008) señala:

> *"Por primera vez en la historia económica moderna, tres crisis de gran amplitud –financiera, energética y alimentaria–están coincidiendo, confluyendo y combinándose. Cada una de ellas interactúa sobre las demás… Este es el saldo deplorable que deja un cuarto de siglo de neoliberalismo: tres venenosas crisis entrelazadas. Va siendo hora de que los ciudadanos digan: ¡Basta!"*

Estos cambios obligan a la salud pública a encontrar un nuevo derrotero, que permita comprender y actuar sobre la salud y la vida, y no solamente sobre la enfermedad; interpretar la cultura poblacional y sus formas de ejercicio del poder, y entregar mayor fuerza a la acción social y a las nuevas identidades que luchan por su salud. Hoy el concepto de salud, se debate o dialoga entre las ciencias de la salud dominadas por el discurso médico y de la enfermedad y el discurso de las ciencias sociales que ha logrado avanzar superando múltiples problemas y es esta diatriba epistemológica, la que subyace en la llamada crisis de la salud pública. (Granda, 2004).

II.6.- Las Miradas de la salud desde el pensamiento complejo en Nuestramérica

"Sentimos que a pesar de ser respondidas todas las cuestiones científicas, los problemas de la vida permanecen completamente intactos".
Wittgenstein.

Explorar nuevos derroteros para la salud pública, implica sumergirse en el enmarañado y fascinante debate epistemológico sobre las maneras de producción, circulación y consumo del conocimiento. En esta línea se inscriben, quienes apuestan por las dudas y no por las certidumbres y se ocupan y preocupan por los problemas de la salud pública, debido a las incómodas estrecheces de sus actuales marcos explicativos, legados de la modernidad, de cuya muerte son tan abundantes los enfoques, así como diversos sus anclajes epistémicos (Lanz, 2010).

A este respecto Morín (1999 b) expone que es necesario responder a la cuestión de la incertidumbre con un pensamiento que se esfuerce por una articulación con lo real, lo que quiere decir que la lucha contra la incertidumbre y el combate que utiliza la incertidumbre son inseparables. Dado que la idea de un orden determinista del mundo y de la historia se ha desplomado, estamos obligados a afrontar la incertidumbre; al mismo tiempo, como el mundo del pensamiento reductor y compartimentado muestra cada vez más sus límites y su ceguera, se debe abordar lo complejo en el sentido literal de la palabra complexus (tejer en conjunto).

Asume Lanz (2010), que la crisis del discurso científico tradicional (cientificismo) está en la base de la eclosión de una mirada transdisciplinaria del conocimiento. Aquí cabe detenerse un poco, ya que precisamente, la insurgencia del movimiento de Medicina Social (MS) y Salud

Colectiva (SC) en América Latina en los años 70 se plantea la construcción de un nuevo marco conceptual situando sus potencialidades en el conocimiento transdisciplinario.

El objeto de la Salud Colectiva es construido en los límites de lo biológico y de lo social, se orienta como un campo interdisciplinario y no propiamente como una disciplina científica, mucho menos una ciencia o especialidad médica (Almeida y Silva 1999). El reconocimiento de la complejidad del objeto salud se analiza en distintas dimensiones y órdenes: la de su ser (dimensión ontológica), la de su conceptualización (dimensión epistemológica) y la de sus formas prácticas (dimensión práxiológica), las cuales operan en órdenes de movimiento (Breilh, 2009).

En este punto hay que señalar que la medicina social (MS) y la Salud Colectiva (SC) definen los problemas y desarrollan sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. Las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina, siendo las principales categorías analíticas: la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras (Victoria, Barros y Vaughan, 1992). Asimismo, se asume con un enfoque más complejo de la causalidad, en el cual las condiciones sociales e históricas son consideradas como determinantes estructurales, o sea, que existen antes del problema analizado, y su comprensión permite especificar las dimensiones del mismo (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada y Merhy, 2002).

Diversos investigadores vinculados al Movimiento Latinoamericano de la MS y la SC, han contribuido a la elaboración de su arsenal teórico-conceptual y metodológico desde la mirada de la complejidad, que en mayor o menor grado han estado incidiendo en la gestión de las políticas públicas de salud en diversos países de América Latina, en las áreas de *Epidemiología Social* (Laurell 1994; Breilh 1990; Barreto 1990; Castellanos 1991; Possas 1989, entre otros), *Políticas y Prácticas de Salud* (Fleury 1985, 1989; Teixeira & Melo 1995,

entre otros), *Planificación en Salud* (Testa 1992, 1995; Mendes 1993; Schraiber 1990, 1995; Schraiber & Mendes-Gonçalves 1996, entre otros), *y Epistemología y Metodología en Salud* (Samaja 1994, 1994a; Minayo 1992; Castiel 1994, 1996; Ayres 1994, entre otros (Almeida y Silva 1999). Mención destacada, constituyen los aportes de Naomar Almeida Filho y Jairnilson Silva Paim del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía, Brasil y de Edmundo Granda y Jaime Breilh del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) del Ecuador.

Naomar Almeida, actor principal de la Salud Colectiva, producto de su profusa revisión acerca de la complejidad, resalta los siguientes ángulos desde los cuales puede ser vista: pluralidad de niveles, diversidad de relaciones, naturaleza no finalista, no linealidad, discontinuidad o emergencia de algo totalmente nuevo, además de la noción de conjuntos borrosos, que critica los límites y precisiones, por otro lado, Castiel considera que si la epidemiología quiere asumir una postura epistemológica alternativa al positivismo, debe trabajar el principio de la multiplicidad, que reconoce la diversidad de lo humano, tal como lo expone Castoriadis, de la diferencia y alteridad (Breilh, 2009)

II.7.- Estado, salud Pública desde arriba y praxis contra-hegemónica desde abajo

> *"Sólo cuando el movimiento organizado del pueblo, está atravesado por el pensamiento crítico, sólo cuando el pensamiento crítico se hace pueblo, es decir cuando hay el acercamiento desde estas dos orillas de la corriente dialéctica, la de las organizaciones sociales y la de los núcleos académicos y expertos, es que se construye una hegemonía de signo contrario, una contra-hegemonía".*
>
> *Antonio Gramsci, Cuadernos de la cárcel*

.

Desde el surgimiento de la Policía Médica en 1764 (pariente lejano de la Salud Pública) como derivación de la organización del Estado Alemán e instrumento legitimador de este, para aliviar las desigualdades sociales generadas por el capitalismo incipiente; la Salud Pública siempre ha sido responsabilidad del Estado, lo que en esencia no es más que el afloramiento de la lógica disciplinaria despótica del Estado Moderno.

En los inicios del siglo XX se estableció como una de las características de la salud pública convencional- Enfermología Pública- el reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad. Así como la medicina clínica transforma al médico en el "mago" que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, igualmente la salud pública transforma al Estado en el "mago" que explica el riesgo y lo previene. Estas metáforas son coherentes con la concepción social dominante durante el siglo XIX y a inicios del XX. Son también coherentes con las utopías reinantes de esas épocas. Recordemos que hemos vivido dos siglos con la idea que la razón (instrumental) y el Estado nos entregarían la solución a todos nuestros problemas económicos, sociales, políticos y culturales (Granda, 2004).

Para la construcción de una alternativa a la salud pública convencional y estadólatra, es fundamental no eludir el debate acerca de la relación Estado-Salud Pública. Refiere Boaventura de Sousa Santos (2011) en su *Carta a las Izquierdas*, refiere que el Estado es un animal extraño, mitad ángel y mitad monstruo, pero, sin él, muchos otros monstruos andarían sueltos, insaciables, a la caza de ángeles indefensos. Mejor Estado, siempre; menos Estado, nunca. En oposición a esta postura, Biardeau (2011) riposta que El Estado es un "monstruo" completamente frío, y sí sobre éste monstruo depositamos nuestras esperanzas utópicas, es porque aún no hemos comprendido nuestras alienaciones y fetichismos más profundos. Es porque todavía delegamos nuestros más hondos miedos a una "figura protectora".

Continúa Biardeau señalando que el Estado no es ni un mal necesario ni inevitable. El Estado posee severos límites para llevar hasta la raíz una lucha para combatir las relaciones de dominación y que la "transición paradigmática" constituye precisamente, la amputación de los peores lados de este mal con "democracia de alta intensidad". Pensar más allá de la forma/Estado, sigue siendo tarea fundamental para superar el bloqueo histórico y estratégico de las izquierdas. No fue casual que Marx y Engels pensaron en sustituir la palabra Estado por la palabra Comuna.

El Movimiento de MS y SC ha estado incursionando desde su creación en la construcción de praxis alternativas dentro del pensamiento racional y de un proyecto democrático, cuyo objetivo principal es el establecimiento de un diálogo horizontal con los grupos que abordan desde diversas estrategias el análisis del proceso salud/enfermedad/atención. Pensamos que para realizar esto hay que eliminar como interlocutor privilegiado al Estado, pues, al ubicarlo como único sujeto que articula la reflexión, las corrientes críticas quedamos entrampadas en el discurso hegemónico (Iriart y Spinelli, 1994).

En el marco de estas controversias epistémicas, cuyo indiscutible telón de fondo tiene que ver con el Poder, defendemos la postura del Movimiento de Salud Colectiva, que no va en contra del Estado –cuando es formalmente democrático- sino a favor de

> *"construir un sinergismo y un alto grado de comunicación estratégica entre las fuerzas que luchan por lo mismo, desde sus propias concepciones de la emancipación y situadas en la misma orilla de las contradicciones contra los monopolios, el neoliberalismo y los programas de salud funcionalistas que apuran sus ideólogos en la Salud Pública"* (Breilh, 2009: 268).

Un tema álgido que constituye un necesario escenario de confrontación con la salud pública oficial, está dado por la democratización de “la información en salud”. Breilh (2009) denuncia que en el campo de la investigación en salud, tanto el método como las bases de la información se estructuran como formas de poder simbólico. Bourdieu denominó al poder simbólico a aquel poder subordinado, transformado, irreconocible y legitimado de las otras formas de poder (Bourdieu, 1998, p. 15 citado por Breilh (2009).

Para la superación de las inequidades en las condiciones de vida y de salud-problema ampliamente extendido en el mundo y cuyas brechas son más profundas en América Latina- , la información es identificada de forma consensual, como área estratégica para el desarrollo del conocimiento científico y tecnológico, la innovación en salud, para orientar las políticas, la planificación y la gestión (OPS, 2010).

Dependiendo de las correlaciones de fuerza societal y del marco epistémico de los decisores políticos de la salud pública oficial, la información en salud será útil para una gestión ético-política con criterios de equidad, o al contrario podrá servir para ocultar las desigualdades sociales en salud y para gestionar una salud pública funcionalmente complaciente con el status quo. En el primer caso, supone la búsqueda de una información y la construcción de un conocimiento de los procesos salud-enfermedad-atención bajo el paradigma de la complejidad, como Sistemas de Información en Salud (SIS) abiertos y complejos y de carácter estratégico comunicacional, los cuales puedan brindar apoyo a la gestión local, la misma cuenta con los siguientes elementos: Dato, información, Conocimiento. Comunicación y Acción (DICCA) El segundo caso, supone un SIS de carácter normativo, de concepción mecanicista-reduccionista basado en:

- Totalidad simple, o unidad concebida como simplicidad.
- Estabilidad, como cualidad de estático.

- Obediencia estricta a normas con respuestas previsibles, cuyos elementos componentes son: Dato, Información y Conocimiento (DIC) (Alazraqui, Mota y Spinelli, 2006). Para este caso, la construcción epistémica e histórica de las informaciones en salud son: fragmentadas, de múltiples fuentes, baja calidad de los datos, vínculo con la enfermedad, informaciones revestidas del mito de la neutralidad, puesta en un formato que dificulta su apropiación para los gestores en salud y sobre todo para las comunidades, obstaculizando el control social y por último subordinadas a intereses privados empresariales, entre otros (OPS, 2010).

Ahora bien, los dos SIS tienen en común su subordinación al Estado-la monopolización de la información- que es precisamente el enfoque de la salud pública convencional, aunque parezca contradictorio en el caso del SIS DICCA, es por ello que asumiendo que el Estado posee severos límites para llevar hasta la raíz una lucha para combatir las relaciones de dominación (Biardeau, 2011), es que proponemos desde la perspectiva de la Salud Colectiva, una praxis contra-hegemónica de la salud desde abajo, para lo cual el movimiento popular se puede dotar de sus propias Salas Situacionales Comunitarias de Salud y Condiciones de Vida , que les permita de manera autónoma desarrollar un SIS DICCA, para la captura de información y la construcción de conocimientos de los diversos procesos de Salud-Enfermedad-Atención, en el marco de diálogos de saberes interdisciplinarios, que les sirva para la planificación popular y el ejercicio eficiente de los autogobiernos comunitarios. El desarrollo de las Salas como espacios físicos y virtuales, constituyen instrumentos para los desarrollos locales de acuerdo a las necesidades sociales de las comunidades. (Ortunio y Maldonado, 2012).

Es importante ahora considerar algunas categorías, respecto a los desarrollos locales. Desde lo local es posible iniciar procesos de eliminación de las desigualdades e inclusión de los excluidos, en lo local se encuentran diversos actores sociales, los cuales constituyen

personas, organizaciones o distintas agrupaciones humanas que en forma estable o transitoria tienen capacidad de acumular fuerza, desarrollar intereses y necesidades y actuar produciendo hechos en la situación. De manera que, las acciones locales en salud están relacionadas con la construcción de ciudadanía, de lucha por los derechos, y que además de intervenir en cuestiones puntuales relacionadas con el proceso salud-enfermedad-cuidado, promueven la participación y el protagonismo social en general (Alazraqui, Mota y Spinelli, 2006).

II. 8.- Democracia Participativa y Protagónica

La Constitución Bolivariana (1999) en su declaración y principios fundamentales establece que la República se constituye en un Estado Democrático y Social de Derecho y Justicia, que busca construir una sociedad democrática, participativa y protagónica dentro de un Estado Federal y descentralizado, donde la soberanía descanse en el pueblo y lo público ya no sea exclusivo de los ámbitos de gobierno ni de sus puestos de decisión.

Se abre así un proceso para la construcción de nuevos espacios, formas y medios de participación popular en las decisiones públicas, que ocupan 130 artículos de la Carta Magna. Esto plantea enormes desafíos a las políticas públicas y obliga a un cambio profundo de sus concepciones y prácticas. Lo público es ahora espacio e instrumento de poder de Estado y Sociedad, exigiendo otro modo de construcción de las políticas públicas, no reducidas a políticas del gobierno, de instituciones, de programas, de cargos de autoridad o de personas. Es decir formuladas consistentemente en función del interés colectivo, con perspectivas macro y de largo alcance, impactos sostenidos y ejercidas en forma democrática, plural y con justicia, "con participación de todos, por el bien de todos" (De Negri, De Elía, Castañeda y Vega, 2002)

A partir de la aprobación de la Constitución nacional (1999), Venezuela sentó las bases

y los principios ético-políticos para el diseño e implementación de políticas públicas opuestas a las prescripciones neoliberales. En este marco surgen novedosas propuestas de una nueva distribución territorial y del poder, que permitan la superación de los desequilibrios y heterogeneidades de las condiciones de vida en los espacios y territorios; asimismo se promueve la aparición protagónica de nuevos actores sociales dentro de los consejos comunales, como gestores y protagonistas en el diseño, ejecución y control de las políticas de desarrollo local que atiendan sus propias y reales necesidades (Ortunio, 2009).

Los diez objetivos estratégicos planteados por el presidente Chávez el 12 de Noviembre de 2.004, específicamente los primeros cinco objetivos, los cuales están relacionados con: la universalización de los derechos sociales (educación, cultura, vivienda, salud y recreación) a través del combate a la pobreza y la exclusión, haciendo énfasis en aumentar la eficiencia del Sistema Integral de Salud Pública, fortalecimiento y consolidación de las misiones sociales: creación de los comités de salud etc, fomento de los diagnósticos situacionales participativos. Además, es imperativo la optimización de la estrategia comunicacional, para la difusión de los logros del proceso de transformación social, se debe avanzar en la construcción del nuevo modelo democrático de participación popular, acelerar la creación de la nueva institucionalidad del aparato el estado y activar una estrategia integral y eficaz contra la corrupción (El Troudi, 2005).

El Proyecto Nacional “Simón Bolívar”, Primer Plan Socialista de la Nación. Desarrollo Económico Social 2.007-2.013, fija los lineamientos políticos para el desarrollo social de la nación orientados hacia la universalización de los derechos sociales dentro de un nuevo orden social, material y de justicia basado en la equidad y el rescate de lo público. De acuerdo con lo que señalan estos lineamientos, el desafío planteado para las políticas públicas es la transformación estructural de las condiciones de calidad de vida de toda la población (Primer Plan Socialista de la Nación. Desarrollo Económico Social 2.007-2.013).

El Programa de la Patria (2013-2019), concebido por el Presidente Chávez como un programa de transición al socialismo y de radicalización de la democracia participativa y protagónica, en donde se establecen cinco objetivos históricos, los cuales se desagregan en objetivos nacionales, estratégicos y generales, desde donde es posible apuntalar un nuevo pensamiento estratégico en salud con la mirada puesta en el paradigma del buen vivir. En el segundo objetivo histórico que señala continuar construyendo el Socialismo Bolivariano, se destaca que para asegurar la salud de la población, a través de la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud, sustentado en la profundización de Barrio Adentro, el poder popular y la articulación de los distintos niveles, además se exponen metas en correspondencia con las Metas del Milenio. Aquí también cabe resaltar la importancia del quinto objetivo histórico orientado hacia la necesidad de construir un modelo económico productivo ecosocialista, basado en una relación armónica entre el hombre y la naturaleza (Ley Plan de la Patria 2013-2019).

II.9.- Participación Popular en Salud

"Pero la participación popular desencadena poderosas energías, que ni se sabe que están y los fervores colectivos pueden ser más capaces de prodigios que cualquier mago de alto vuelo".

Eduardo Galeano (1992)

El concepto de "pueblo" en la obra de Dussel, es un concepto pivote que liga las concepciones políticas y filosóficas del autor. Ha desarrollado el concepto de "pueblo" fundamentalmente, como categoría política que engloba a los diversos sectores, clases y grupos dominados en lucha. En el pensamiento de Dussel, la política se liga al poder, se habla de poder político, recupera una visión del poder como potencia, como voluntad de vivir y como fuerza.

La vida es la determinación material del poder político. La política es en primer lugar, la que organiza y promueve la reproducción, producción y aumento de la vida de los miembros de una comunidad política, desde lo público. Este poder político emana y pertenece en su totalidad al "pueblo" (como comunidad política). Este poder del "pueblo", (poder político), Dussel lo denomina potentia. En este desarrollo reflexivo se puede observar la idea clásica de la Ilustración en la que el sujeto soberano de un Estado es el "pueblo". Dussel recupera, así, uno de los significados clásicos de "pueblo", como el sujeto soberano de donde emana y radica el poder (Hernández Solis, 2015).

La participación protagónica del pueblo es la forma como influye directamente en la toma de decisiones en función de transformar o mantener la realidad que le rodea, sustituyendo la democracia representativa como forma de gobierno. Esta participación debe ser canalizada, a través de diferentes instancias, en la cual el pueblo debe organizarse, como los consejos comunales y otras organizaciones para establecer así, un gobierno comunal (Gobierno Bolivariano de Venezuela, 2007).

Como lo establece el preámbulo de nuestra constitución nacional de 1999, el pueblo apela a sus poderes creadores…con el fin supremo de refundar la República para establecer una sociedad democrática, participativa y protagónica, multiétnica y pluricultural… y el artículo 5 se afirma que es en el pueblo, en donde reside intransferiblemente la soberanía… (Constitución Nacional, 2009).

León Uzcátegui (2010) se refiere a tres enfoques de participación ciudadana en salud en Venezuela, a saber: el *enfoque neoliberal o conservador* que concibe a la participación como un asunto técnico-administrativo, donde la comunidad ejecuta y administra los servicios de salud, contribuyendo a su financiamiento, promoviendo mecanismos de autogestión o cogestión como formas camufladas de privatización, con el cobro directo a pacientes. El enfoque de salud es curativo, individual y mercantil. Solo se reconoce el saber médico (racional, positivista,

naturalista, la relación con el Estado es subordinada, su representación en los organismo de salud es minoritaria y simbólica; *el enfoque reformista*, es impulsada por gobiernos socialdemócratas siguiendo dictámenes de organismos internacionales como la OPS, PNUD, BID, entre otros, que enfatizan en un discurso común relacionado con desarrollo humano , sustentable, capital humano, capital social y la gobernanza democrática, está orientado hacia la prevención y la promoción de la salud, donde la comunidad participa en actividades de educación sanitaria, saneamiento ambiental y búsqueda de fondos económicos para el funcionamiento de los centros de salud, igualmente como mecanismos camuflados de privatización. Este enfoque aboga por la descentralización y la reforma del Estado para hacerlo más eficiente, focaliza el gasto público a los sectores más vulnerables, cuestiona al neoliberalismo y promueve una suerte de capitalismo con rostro humano; *el enfoque social, alternativo o progresista* ve a la participación como un proceso de construcción de ciudadanía, los ciudadanos son sujetos de derechos. La salud es un derecho social, humano y responsabilidad del Estado, es holística enfatizada en la promoción de la salud y la vida, considerando las determinaciones sociales del proceso salud-enfermedad, reivindica el saber popular y el diálogo de saberes. Este enfoque tiene un carácter político, por lo cual lucha por la democratización-redistribución del poder, profundizando la democracia participativa y protagónica, se relaciona con el Estado, pero manteniendo la autonomía.

Villasana (2010) nos habla de la oportunidad de trascender en el contexto del nuevo marco legal venezolano nacido del proceso constituyente y la constitución de 1999, los modelos de participación tutelados: utilitarismo neoliberal, clientelismo desarrollista y burocratismo propio del socialismo real.

II.10.- Mujer y Participación

"Existe un doble conocimiento: el conocimiento técnico y el conocimiento de las mujeres, lo cual es expresión de dos registros: el científico técnico y el imaginario femenino.

Susana Velázquez

Transitar hacia un mundo de equidad y justicia social, pasa por superar toda forma de subordinación y discriminación. Las diferencias de clases sociales (ricos/pobres) y étnicas (blancos/negros) han sido más visibles históricamente y han sido motivo de encarnizadas luchas políticas; sin embargo, las diferencias de género han estado siempre más ocultas, solapadas, invisibilizadas. La inequidad de género es una de las asimetrías más antiguas, más interiorizadas y más difíciles de modificar. Lo importante es reconocer que actualmente estas formas de subordinación coexisten, conservando cada una sus condicionamientos y expresiones propias, pero con una clarísima complementariedad (Breilh, 1993).

Asumimos con Breilh (1993) que el asunto del género nos atañe a los hombres por dos razones: primero, porque gracias al camino abierto en gran medida por la lucha de las mujeres, se han empezado a poner al desnudo nuestros propios problemas de género y, segundo, porque la lucha por lo femenino – o por lo masculino- es asunto que requiere la perspectiva y capacidades específicas de los dos géneros.

El Estado venezolano se ha planteado como enormes retos el concretar la universalización de los derechos sociales basado en la equidad de género y el rescate del espacio público, lo que se sustenta en el ideal democrático según el cual la incorporación activa de la mujer constituye uno de los motores para profundizar la democracia y fortalecer el desarrollo. A este respecto, es importante destacar el lenguaje no sexista que aparece en todo el cuerpo de la carta magna. Citando a Evangelina García (2003), se mencionan un conjunto de obstáculos que enfrentan las mujeres para el ejercicio de su soberanía (González Moreno y Camacaro

Gómez, 2010): la desvalorización de las capacidades para la vida pública y la política; los prejuicios y presiones que ejercen los hombres sobre las mujeres que aspiran a ingresar en la vida pública y en la política; la subjetividad genérica en el caso de las mujeres, lo cual no incluye la aspiración al poder o al liderazgo, la nula o escasa experiencia de las mujeres en la conducción del poder institucionalizado; la pasividad, subordinación y actitud conservadora frente al poder y la autoridad, los problemas emocionales durante el ejercicio político por el hecho de ser madres, que las hace sentir culpables e incompetentes; la baja autoestima para el ejercicio del liderazgo.

Por su parte, Liuzo (2019) considera que la mujer venezolana, ha alcanzado fructíferos logros gracias a la Constitución Bolivariana, superando obstáculos de los que siempre fue objeto, es por ello que ahora se le ve protagonizando en distintos escenarios. Su papel ha sido relevante en la conducción de proyectos socioproductivos en los consejos comunales, también tienen significativa presencia en cargos públicos, alcaldías, gobernaciones, parlamentos; así como en los distintos espacios comunitarios y estudiantiles, incrementando sus fuerzas para el logro de mayor empoderamiento. Este proceso de participación en las actividades políticas siempre ha estado amenazada la violencia del machismo; lo cual indica que sus luchas por conquistar un puesto en el espacio público no ha sido en vano, gracias a la perseverancia y las aspiraciones de integrarse a la sociedad con iguales derechos y garantías que gozan los hombres.

II.11.- Educación y Comunicación Popular en Salud

"La concienciación no puede detenerse en la etapa de develamiento de la realidad. Su autenticidad se da cuenta, cuando la práctica del develamiento de la realidad constituye una unidad dinámica y dialéctica con la práctica de la transformación de la realidad".

Paulo Freire.

En su trabajo *Educación Popular: un encuentro con Paulo Freire*, Rosa María Torres (2008), nos expone aspectos fundamentales del pensamiento del maestro. En la educación popular todos aportamos porque tenemos experiencias, o sea que nadie enseña, no hay maestro tradicional sino que entre todos aprendemos. Se aprende jugando, divirtiéndose, con muchas dinámicas, pero también hay seriedad porque la educación popular es política. En la educación popular se parte de la realidad, se la reflexiona y se vuelve a ella, practicando, corrigiendo las fallas descubiertas en la reflexión, o sea es un método en espiral que va siempre de la realidad a la reflexión de esa realidad.

La educación popular es un esfuerzo de movilización y organización de las clases populares, con vistas a la creación de un poder popular. La educación debe ser política porque es su naturaleza y por eso no es posible hablar siquiera de una dimensión política de la educación pues toda ella es política. La educación popular refleja los niveles de lucha de clases de esa sociedad, se trata es de lograr una relación pedagógica democrática participativa y crítica, la participación activa de los educandos como sujetos de su propio proceso educativo arranca con la propia definición de los contenidos en el acto mismo de programar. Hay que acabar con esta comprensión elitista de que las masas populares son incompetentes y que solamente los expertos saben lo que se puede hacer.

La comunicación comunitaria, popular y educativa es producto de la praxis, de un proceso de síntesis cultural, social y político comunicacional, que involucra participación, interacción y encuentro con la comunidad. La comunicación es, ante todo y fundamentalmente, una práctica social de producción, intercambio y negociación de formas simbólicas. La comunicación popular no hace comunicación popular (solo) para modificar el modo de comunicar, sino para modificar el modo de ser y estar en el mundo desde lo político existente en la comunidad (Evanis, s.f).

Evanis (s.f) citando a Susana Sel (2010) quien establece que la comunicación popular se entiende como relaciones dialógicas de transmisión de imágenes y signos insertos en una praxis transformadora de la estructura social, en esta definición subyace la idea de opresión, desposesión, dependencia, dominación, hegemonía y marginalidad, por lo que la comunicación popular es una praxis transformadora. Además, señala Susana Sel, que la comunicación popular no es para generar consensos sociales, sino visibilizar los conflictos dentro de la lógica hegemonía-contrahegemonía, que se están bajo un manto consensual liberal.

El hecho educativo es, esencialmente, un hecho comunicativo. Hoy es impensable hablar de comunicación y de educación como de procesos diferentes, estos son componentes pedagógicos del aprendizaje. Este concepto fue utilizado por Paulo Freire, en Chile en los años 70 y fue posteriormente utilizado por Mario Kaplún, precursor de la educación y comunicación popular en América Latina. La educomunicación solo se entiende en un contexto de cambio cultural, revolucionario, dialógico, dialéctico, global, interactivo, que adquiere su pleno sentido en la educación popular, en la que comunicadores/educadores y receptores/alumnos, enseñan y aprenden al mismo tiempo, pues son alternativamente emisores y receptores. Para la educomunicación, lo importante es educar, que el ciudadano sea solidario, crítico, se convierta en comunicador, pasando así de simple receptor pasivo a emisor activo. Todo ello para lograr democráticamente los cambios sociales necesarios. La educomunicación ayuda a dirigir la

mirada en los principales problemas del mundo: la participación de todas las personas, la defensa de los derechos humanos, la multiculturalidad, el medio ambiente, la paz, la libertad de expresión y de comunicación (Martínez Salanova, s.f).

Kaplún (2002) señalaba que estaba en la búsqueda de otra comunicación: participativa, problematizadora, personalizante, interpelante, para lo cual también necesita lograr eficacia, pero con otros principios y otras técnicas. Él fue un comunicador que no se limitaba a producir y difundir, sino a educar, a promover el pensamiento crítico. Estaba comprometido con una comunicación liberadora, y se refería que no se trata entonces de imitar o reproducir acríticamente el modelo de los medios masivos hegemónicos. Su reflexión-praxis, basada en gran medida en las ideas de Paulo Freire, lo llevó a crear un método sencillo y de bajo costo para convertir en comunicadores a grupos de adultos que hasta entonces no habían tenido acceso a los medios de información, y menos a procesos de comunicación que pudieran fortalecer sus voces (Martínez Salanova, s.f).

Matriz Epistémica

Eje Temático Central	Categorías Conceptuales	Dimensiones	Teorías Sociales
PARTICIPACIÓN	**Salud**	Derecho Social. Proceso Salud-Enfermedad-Atención Proceso histórico producto de las determinaciones sociales. Buen Vivir / Vivir Bien.	Corriente Nuestroamericana de Medicina Social y Salud Colectiva: ● Reproducción Social. ● Metabolismo Sociedad-Naturaleza. ● Determinaciones Sociales. Procesos críticos en la determinación del Vivir Saludable (4 S de la vida): ● Sustentable. ● Soberana. ● Solidario. ● Saludable y Biosegura. (biosocioseguridad integral).
	Poder y Estado	Relación con la comunidad: distensión, tensión, ruptura, desafío.	Dussel, Holloway, Zibechi, Poulantzas, García Línea, Azzellini, Nicanoff, Iturriza López. ● Poder Potentia/ Potestas.

P O P U L A R E N S A L U D			● Poder Hacer/Poder Sobre. ● Negar el estado de cosas/crear otra cosa. ● Resignificación del Estado. ● Construcción de los dos lados. ● Biografía cultural del Chavismo.
	Democracia Participativa y Protagónica	Soberanía popular. Autodeterminación. Equidad. Participación. Protagonismo. Libertad.	Hugo Rafael Chávez Frías (El Libro Azul), Boaventura de Sousa Santos. Proyecto Nacional Simón Bolívar. Sistema EBR (Árbol de las Tres Raíces): Ezequiel Zamora, Simón Bolívar y Simón Rodríguez. Democracia Popular Bolivariana. Democracia de Alta Intensidad.
	Educación Comunicación Popular	Educación y Comunicación liberadora. Crítica al estado de cosas. Dialógica, horizontal, democrática. Voz de los subalternizados.	Paulo Freire / Mario Kaplún ● La educación y comunicación como concepciones pedagógicas y prácticas emancipadoras.
	Participación de la Mujer	Equidad. Participación. Inclusión social.	Iraida Vargas / Alba Carosio ● Socialismo Feminista. ● Feminismo Socialista.

ESCENARIO III

MARCO METODOLÓGICO

"Sólo cuando el movimiento organizado del pueblo, está atravesado por el pensamiento crítico, sólo cuando el pensamiento crítico se hace pueblo, es decir cuando hay el acercamiento desde estas dos orillas de la corriente dialéctica, la de las organizaciones sociales y la de los núcleos académicos y expertos, es que se construye una hegemonía de signo contrario, una contra-hegemonía".

Antonio Gramsci, Cuadernos de la cárcel.

Existen varias modalidades de aproximación a la comprensión e interpretación de las experiencias. Se apelará en esta investigación a las metodologías cualitativas entendidas estas como aquellas capaces de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales, tomando estas últimas como construcciones humanas significativas (De Souza Minayo, 1997).

Se trata de un abordaje inductivo en el cual se emprende la tarea investigativa desde las propias prácticas, discursos e interacciones sociales, por lo tanto se orienta desde el sujeto y su mundo (San Martín Cantero, 2018). Parte por lo tanto de un enfoque idiográfico (es decir centrado en el individuo) en donde los sujetos o grupos no se reducen a variables, sino que son considerados dentro de su contexto ecológico, social e histórico (Sanz Hernández, 2005). Actualmente la sistematización de experiencias ha sido reconocida como modalidad investigativa y herramienta indispensable para generar conocimiento desde y sobre prácticas sociales y educativas transformadoras y alternativas, en distintos escenarios de acción colectiva

e institucional, lo que le imprime su potencialidad emancipadora (Barragán Cordero y Torres Castillo, 2017).

El presente estudio se inscribe en la perspectiva investigativa interpretativa-crítica, la cual parte de considerar la sistematización como una metodología que permite la producción de conocimiento sobre prácticas de transformación social, desde los saberes y sentires de la experiencia de sus actores, teniendo como finalidades, por un lado, comprender los sentidos y racionalidades que configuran dicha práctica y por otro, aportar al fortalecimiento y el empoderamiento de sus actores (Barragán Cordero y Torres Carrillo, 2017). Además incorpora la narrativa autobiográfica que recalca que la comprensión de la sociedad a partir de la subjetividad social supone considerar el punto de vista del individuo como actor y autor y la concepción de la realidad social como una construcción permanente y nunca terminada (Vargas, 2021).

En correspondencia con lo expuesto, esta investigación tiene dos componentes, el biográfico narrativo y la sistematización de experiencias. El componente biográfico narrativo, no se encuentra en un escenario aparte, sino que se encuentra inmerso en el corpus de la investigación como breves sucesos autobiográficos; además, el autor es a la vez actor o protagonista de cada una de las experiencias sistematizadas.

En el componente de sistematización, se abordaron las siguientes experiencias de participación popular en salud de la Defensoría Comunitaria de la Salud en sus dos etapas:

- Primera etapa de 1999-2000 corresponde a la Defensoría Comunitaria de la Salud del Hospital Universitario *"Dr. Ángel Larralde".*
- Segunda etapa de 2000-2007. *(HUAL)* corresponde a la Defensoría Comunitaria de la Salud del estado Carabobo.

Se utilizó la propuesta metodológica para la sistematización de experiencias del Centro

de Estudios para la Educación Popular de Venezuela (CEPEP, 2010), la cual plantea ocho pasos, que para efectos prácticos de esta investigación se ajustaron a los siguientes:

- Conformación del equipo de sistematización.
- Delimitación de la sistematización
- Justificación y propósitos
- Ejes centrales o temáticos de la sistematización
- Reconstrucción ordenada de la experiencia (ROE)
- Análisis e interpretación crítica de la experiencia (AICE)
- Aprendizajes de la experiencia, propuestas transformadoras y socialización.

III.1.- Procedimiento para la sistematización de experiencias:

Se conformó el equipo de sistematización[9], con los protagonistas de la experiencia, los cuales fueron localizados y manifestaron su disposición y disponibilidad de tiempo para participar y dieron su consentimiento informado para que aparecieran sus nombres y fotografías en el informe de investigación. El equipo de sistematización estuvo conformado por:

Taís Romero (Cielo): Fundadora de la asociación de vecinos y consejo comunal del Barrio La Coromoto, sector la Entrada del Municipio Naguanagua. Fundadora y miembro del consejo de coordinación de la DCS, participó en las dos etapas de esta organización

[9] El equipo de sistematización es el que lleva a cabo las actividades de planificación, organización, coordinación, ejecución, control y evaluación de todo el proceso de sistematización de la experiencia. Se recomienda que estén conformados por personas que han vivido o hayan estado vinculados con la experiencia a sistematizar y comprometidas con los procesos de cambio que se deben desprender del proceso de sistematización, a través de propuestas transformadoras (CEPEP, 2010).

comunitaria. Actualmente es licenciada en enfermería, trabaja en el CDI “La Begoña” y es oficial de las Milicias Bolivarianas.

Jesús Monsalve: Estudiante de medicina y técnico en el laboratorio de parasitología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, dirigente vecinal en la Urb. Vivienda Rural de Bárbula, miembro de la *Asociación Comunitaria para la Salud Integral (Pro-Luz)*, del Barrio La Luz del Municipio Naguanagua y fundador y miembro del consejo de coordinación de la DCS, participó en las dos etapas de esta organización comunitaria. Actualmente es especialista en Medicina General Integral (MGI), jubilado de la Misión Barrio Adentro y de la Universidad de Carabobo.

***Carlos León*:** Ex-trabajador del área de mantenimiento del HUAL, habitante de la Urb. Tarapio del Municipio Naguanagua. Fundador y miembro del consejo de coordinación de la DCS, participó en las dos etapas de esta organización comunitaria. Actualmente es Licenciado en Educación para el Trabajo de la Universidad “Simón Rodríguez”, músico y trabaja en el Dpto de RRHH del Distrito Sanitario Valencia Norte de INSALUD.

Isabel Castillo: Dirigente vecinal del Barrio El Carmen Norte, parroquia Santa Rosa del Municipio Valencia. Miembro del consejo de coordinación de la DCS, participó en la segunda etapa de esta organización comunitaria y fue miembro fundadora del Proyecto CDR-SUR. Actualmente es Licenciada en Educación de la Misión Cultura y es jefa de calle del Comité Local de Abastecimiento y Producción (CLAP).

Corina Torres: Dirigente vecinal y coordinadora de la casa de alimentación del Barrio Brisas del Café del Municipio Naguanagua. Fue miembro del consejo de coordinación de la DCS y participó en las dos etapas de esta organización comunitaria.

Beatriz Jiménez: Dirigente vecinal del Barrio Brisas del Café del Municipio Naguanagua. Fue miembro de la DCS y participó en las dos etapas de esta organización comunitaria. Actualmente es licenciada en educación y dirigente comunal.

Lida Chaparro Moros: Trabajadora del HUAL en servicios generales y dirigente vecinal del Barrio Brisas del Café del Municipio Naguanagua. Actualmente está jubilada del HUAL y es dirigente comunal. Participó en las dos etapas de la DCS.

Inmaculada Guerra (Lala). Miembro de la *Asociación Comunitaria para la Salud Integral (Pro-Luz)*, del Barrio La Luz del Municipio Naguanagua y miembro fundadora de la DCS, participó durante la primera etapa de esta organización comunitaria. Actualmente es facilitadora del Instituto Nacional de Capacitación y Educación Socialista (INCES) y miembro fundador de la Casa de la Cultura del Barrio La Luz.

Armando Mujica. Miembro de la *Asociación Comunitaria para la Salud Integral (Pro-Luz)*, del Barrio La Luz del Municipio Naguanagua y miembro fundador de la DCS, participó durante la primera etapa de esta organización comunitaria. Actualmente es miembro fundador de la Casa de la Cultura del Barrio La Luz.

Este equipo de sistematización se convirtió en un grupo focal, en donde centramos el debate en el eje temático central de la experiencia, *la participación popular en salud*, la cual fue analizada desde cinco dimensiones categoriales: enfoque de salud; Poder y Estado, Democracia participativa y protagónica; Educación y comunicación popular; Participación de la mujer.

Para el cumplimiento de los pasos de la sistematización se realizó el siguiente procedimiento:

a) Se contactó a los protagonistas de la experiencia, a través de llamadas telefónicas y por las redes sociales (WhatSapp), conversé con cada uno y les expliqué someramente los objetivos del trabajo de investigación.

b) Ubicación y organización cronológica de las fuentes documentales (de mi archivo personal): reseñas de prensa, comunicados, afiches, trípticos, oficios, audios, videos,

fotografías, revista, libros de actas y otros; los cuales se digitalizaron y cargaron en una base de datos virtual (Radio Salud Comunitaria, 2002) de la biblioteca digital libre www.archive.org.

c) Elaboración de la propuesta de Reconstrucción Ordenada de la Experiencia (ROE): se delimitó temporalmente la experiencia y se dividió en etapas y momentos. Además se describieron - sin juicio de valores- las principales actividades, objetivos, participantes y sus roles, estas actividades se vincularon (enlace o link) a las fuentes documentales digitalizadas. De esta manera, los miembros del equipo de sistematización, podrán recordar los hechos y aportar en la ROE consensuada durante el taller.

d) Se envió por Whatsapp y correo electrónico el instructivo y guion para la sistematización de experiencias con información general de la investigación, eje central de sistematización y las cinco dimensiones para el análisis crítico, la ruta metodológica del proceso de sistematización y el plan de actividades con la propuesta de fecha de los talleres y la propuesta de Reconstrucción Ordenada de la Experiencia (ROE) con enlaces de las fuentes documentales, las cuales debían revisar y hacer sugerencias. Además se enviaron las preguntas generadoras o problematizadoras para la realización del Análisis Crítico de la Experiencia (AICE) (ANEXO B).

e) Realización de los siguientes talleres: reconstrucción Ordenada de la Experiencia (ROE), Análisis Crítico e Interpretación de la Experiencia (AICE), Aprendizajes de la Experiencia, Propuestas Transformadoras y Socialización.

La Reconstrucción Ordenada de la Experiencia (ROE), que consiste en la descripción de los hechos, sin emitir juicios de valor, la cronología de ocurrencia de los mismos y los participantes se encuentra en el ANEXO C.

ESCENARIO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA (AICE)

Cuanto más pienso críticamente, rigurosamente, la práctica de la que participo o la práctica de otros, tanto más tengo la posibilidad: primero de comprender la razón de ser de la propia práctica, segundo, por eso mismo, me voy volviendo capaz de tener una práctica mejor. Paulo Freire, La educación en la ciudad

Después de realizada la fase descriptiva y narrativa en la ROE (Anexo C), corresponden las reflexiones de fondo que permiten, a través de procesos de análisis y síntesis, construir interpretaciones críticas sobre lo vivido y desde la riqueza de la propia experiencia. Es así como, emergen las preguntas *¿Por qué pasó lo que pasó y no pasaron otras cosas?* No se trata sólo de analizar qué se hizo o cómo se hizo, sino de reflexionar en torno a por qué se hizo así, qué es lo más importante de lo realizado, en qué sentido esta experiencia marcó profundamente y por qué, cuál es el cambio fundamental que este proceso ha generado (Jara Holliday, 2018). En esta línea de pensamiento y partiendo de la episteme de Barnechea García y Morgan Tirado (2010) en relación a la sistematización como reconstrucción y reflexión analítica, presento mi experiencia, con la cual buscamos interpretar lo sucedido para ser comprendido, y con ello poder a través del discurso ofrecer los conocimientos consistentes y sustentados, para comunicarlos y confrontarlos con otras experiencias y con ello dar cumplimiento a la intencionalidad de la investigación.

IV.1.- El Contexto Socio-histórico

Con este marco orientador, ubicamos el contexto socio-histórico de *La Defensoría Comunitaria de la Salud (DCS),* la cual nació como organización comunitaria en momentos de la efervescencia política y social que generó el triunfo de Hugo Chávez Frías en el año 1998. Refiere Lander (2004) que en sus discursos como candidato y al inicio del gobierno, era marcado en su discurso el énfasis en lo popular, lo nacional, la soberanía, la equidad, la democracia participativa, la crítica al *"capitalismo salvaje"*, al neoliberalismo, el rechazo al mundo unipolar y la prioridad de las relaciones con los países del Sur, en particular los de Latinoamérica. Este discurso produjo altos niveles de popularidad para el naciente gobierno y junto al contundente apoyo a la convocatoria a una Asamblea Constituyente, propició la oportunidad de convertirla en un gran proceso de participación, reflexión y aprendizaje colectivo sobre el país, el poder, la propiedad, el mercado, el Estado, la igualdad, la justicia y la democracia.

El neoliberalismo se impuso a nivel global, ocurrió la caída del modelo de socialismo real de la URSS, teóricos de la derecha anunciaban el fin de las ideologías y en Nuestra América se comienza a implementar el Consenso de Washington. Refiere Villasana (2010) que el periodo de los años 80 a los 90, fue de reforma neoliberal del Estado, en donde destacan aspectos como la descentralización política y administrativa, la participación comunitaria en la gestión de servicios de salud, el surgimientos de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y los procesos de privatización. El gobierno aplicaba con rigor los dictámenes del Consenso de Washington, que se traducía en el desfinanciamiento de los sectores sociales, sobre todo de salud y educación.

Continúa el autor señalando, que la participación comunitaria instrumentalizada asumió el traspaso a los individuos y sus organizaciones, lo que le correspondía al Estado, el cual junto a lo público estaba en franco proceso de liquidación. De esta manera, bajo el manto protector del Estado, las ONG suplantan a las comunidades, de manera que las organizaciones privadas van asumiendo la función pública. En consecuencia, aparecen las fundaciones sin fines de lucro principalmente en el sector salud, lo cual se ejemplifica con lo señalado por el director de salud del Distrito Capital, cuando afirmaba en el año 1996 el fracaso del modelo de administración del sistema público de salud en Venezuela y anunciaba como solución la creación de fundaciones públicas formadas por Estado y comunidad, para manejar el presupuesto, compras, recursos humanos (Márquez, 1996)

En aquel entonces, en el Estado Carabobo gobernaba Enrique Salas Feo, quien le dio continuidad al gobierno neoliberal de su padre y antecesor Enrique Salas Römer, con el cobro directo por la atención en salud a través de las unidades administrativas para la recuperación de costos y los servicios semiprivados en los hospitales.

Lo propio ocurrió en centros de salud centralizados, dependientes del IVSS como El Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, en donde funcionaban varias fundaciones para el cobro por los servicios de salud, al momento de entrar en escena la DCS. Este hospital estaba en un franco proceso de deterioro que impedía ofrecer servicios de calidad a sus pacientes y usuarios, tal como lo denuncié a los medios de comunicación al inicio de la gestión (Brea Castillo, 1999). Además, en este contexto privatizador del segundo gobierno de Rafael Caldera, se pretendía liquidar al IVSS y entregar la administración del fondo de pensiones a manos privadas, siguiendo los modelos privatizadores de Chile y Colombia.

IV.2.- Primera Etapa de la DCS en el Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" (1999-2002)

Ahora bien, la experiencia de la DCS comenzó con la propuesta del cargo de la dirección del HUAL, que me la hizo el Dr. Carlos Olaizola, un amigo y colega médico condiscípulo en la carrera de medicina de la Universidad de Carabobo con quien ya había compartido la responsabilidad de participar en la *Comisión de Enlace de las Instituciones Públicas Centralizadas del Estado Carabobo* en el mes de enero de 1999, donde nos correspondió visitar a todos los centros de salud adscritos al IVSS (Despacho de la presidencia de la República de Venezuela, 1999). En el estado Carabobo, esta comisión la coordinaba la Dra. Nancy Pérez, colega médica también condiscípula, quien por cierto, en los años 96 o 97, me convocó a una reunión con el Comandante Chávez en Valencia y me hizo alusión a su conocimiento de la lucha social en donde yo estaba participando por el rescate del Hospital Bucaral; a esta reunión no pude asistir.

Desde el inicio de la gestión manifesté en las reuniones en cada uno de los servicios y departamentos del hospital, así como en los medios de comunicación, que la nueva *gestión de puertas abiertas* sería ampliamente participativa no solo para los trabajadores, sino sobre todo para las comunidades, en correspondencia con los cambios que comenzaban a producirse en el país. Las primeras reuniones con las comunidades se realizaban en la oficina de la dirección, pero luego se realizaron en el pasillo de la consulta externa durante la tarde, cuando ya no había consultas, debido al mayor número de asistentes, lo que les dio un carácter asambleario.

Cabe resaltar, que en Venezuela se estaba dando un amplio debate en todos los sectores sobre el proyecto constitucional, hubo consenso en cuanto a que la participación comunitaria tuviera rango constitucional y a su vez fuese uno de los principios del sistema de salud que se estaba diseñando (Feo y Curcio, 2004), por lo que uno de los puntos de agenda de las reuniones

y asambleas con las comunidades, era el debate con énfasis en el articulado relacionado con los derechos sociales y de estos, el derecho a la salud y a la participación de las comunidades en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la gestión pública, de manera que las comunidades fueron tomando mayor conciencia sobre el enfoque de la salud y la participación popular en la gestión pública como derechos. El nombre de *Defensoría Comunitaria de la Salud*, lo propuse tomando como referencia la defensoría del pueblo citada en el proyecto constitucional, recuerdo que el compañero Armando Mujica, no estuvo de acuerdo, argumentando que el nombre defensoría lo relacionaba con enfrentamiento, defensa de algo opuesto, pero por mayoría se acordó ese nombre.

Algunos de quienes impulsamos la creación de la DCS en el *Hospital "Dr. Ángel Larralde"*, veníamos con experiencia en las luchas reivindicativas de las comunidades, gremiales y en la militancia política. El grupo comunitario promotor de lo que después se estructuraría como asociación civil, estaba integrado inicialmente por personas y organizaciones comunitarias del Municipio Naguanagua y luego se fueron incorporando de otros municipios, además de familiares de pacientes y trabajadores del hospital: obreros, personal de enfermería, algunos médicos, e incluso vendedores ambulantes del centro de salud.

En esta primera etapa de la DSC en el HUAL (1999-2002), se realizaron importantes actividades de contraloría social, como la participación en los comités de compras de material médico-quirúrgico, la evaluación de los trabajos de las contratistas de obras civiles y la recepción de denuncias de familiares y/o pacientes, las cuales significaban un progresivo proceso de empoderamiento de comunidades que otrora estaban excluidas. Es de hacer notar, que en ese momento aún no se había aprobado la nueva carta magna y estas actividades contraloras de las comunidades, se ejecutaron por la voluntad política del director y por el

"...hambre de participación del pueblo…". (Tais Romero, DCS-HUAL. Comunidad Coromoto, Naguanagua)

Este apoyo de la participación popular en el ejercicio de la función pública tiene implicaciones ético-políticas, dado que en la misma se asume el poder como *potestas* dusseliano, más cuando en la misma no participé desde la orilla, desde los márgenes, sino dentro del proceso. El poder popular en la episteme de Dussel es el poder como *potestas*. El poder de la comunidad (*potentia*) asume o se da instituciones políticas (*potestas*) ejercidas por delegados elegidos, gobernantes o funcionarios, cuya función es cumplir con las exigencias de la vida de los ciudadanos, bajo un sistema de legitimidad y en lo estratégicamente factible; el cual obrará siempre en favor de la comunidad atendiendo a sus exigencias y reclamos (Dussel, 2010).

La inusitada presencia de las comunidades ejerciendo actividades de contraloría social, significó una suerte de cuerpo extraño dentro del organismo institucional hospitalario, cuyo andamiaje científico-técnico-normativo y simbólico, ha sido hegemonizado por el poder médico.[10] Foucault (1988), nos dice que para comprender en qué consisten las relaciones de poder, debemos analizar las formas de resistencia y los intentos hechos para disociar estas relaciones y que la dominación es una estructura global de poder con ramificaciones y consecuencias que llegan hasta la trama más tenue de la sociedad y al mismo tiempo una situación estratégica más o menos adquirida y solidificada en un enfrentamiento de largo alcance histórico entre adversarios.

En este orden de ideas, Rodríguez (1981) señala sobre el poder médico, que el mismo surge reforzado con el sistema capitalista, aliado al Estado en la persecución de cualquier tipo de *intrusismo* y con el derecho al control de su práctica y organización del trabajo. Su autonomía y poder lo convierte en una de las *«sociedades paralelas»* de más influencia en la

[10] Refiere Balestrini (1999) que el poder médico nació a mediados del siglo XIX, cuando la hegemonía de la naciente burguesía materializó la primacía del médico sobre los demás curanderos; Inglaterra lo ubicó dentro de la estrategia de poder como portador de la verdad.

sociedad, siendo además, uno de los vehículos ideológicos más importantes que influye en la concepción del Estado acerca de la salud.

A esto le podemos agregar, que la profesión médica por el prestigio y la jerarquía social que tiene en la sociedad, es una de las opciones tradicionalmente más apetecidas por los hijos de los sectores de clase media y alta y sobre todo cuando hay linaje médico. Esto es importante considerarlo, para contextualizar las tensiones producidas por la *"intrusión"* de las comunidades organizadas en el inédito proceso de participación popular, que estaba afectando al conservador poder médico del hospital. Desde el enfoque de la *Historia Insurgente*, estos *intrusos* excluidos y despreciados son el *mulatismo* de antaño, transmutado en *chavismo,* al que se refiere Pellicer (2020)[11].

Es de resaltar, que el gremio médico del país, representado por la Federación Médica Venezolana en manos del partido Acción Democrática y con delegados en el hospital, se sumó temprano a los sectores políticos y empresariales opuestos al gobierno del presidente Chávez; de hecho, en el hospital varios médicos realizaron una campaña abierta por el *No* a la nueva carta magna. Sumémosle a este complejo contexto, el inédito y descomunal proceso de confiscación de la psiquis colectiva extendido a nivel planetario por minorías privilegiadas dueñas de los medios de comunicación que denuncia Carrillo (2010), el cual hizo mella en Venezuela, la cual que fue convertida en un laboratorio para la desinformación, lo que contribuyó a la satanización y criminalización de la participación popular y los colectivos sociales.

Estas fueron las voces de los protagonistas durante el Análisis e Interpretación Crítica de la Experiencia (AICE) (Anexo D):

---

11 …ese *mulatismo* antiguo, cambió de nombre a lo largo de nuestro devenir, más no de esencia. Fue la *"pardocracia"* temida y aborrecida por el mantuanaje conservador durante la independencia; la *"oclocracia"* temida por la oligarquía decimonónica; la *"alpargatocracia"* que infundía terror a nuestra burguesía rapiñera y dependiente del siglo XX, y, más recientemente, el *mulatismo* antaño se ha transmutado en *"chavismo"*...

...había un poder médico en el hospital que se oponía a los cambios que se estaban dando con la participación de las comunidades… (Tais Romero, DCS. Comunidad Coromoto, Naguanagua)

…era trabajadora del hospital y siempre hacía denuncias de las irregularidades que ocurrían… (Lida Chaparro, DCS y ex-trabajadora del hospital. Comunidad Brisas del Café, Naguanagua)

…se animó con el discurso de cambio en el país y además había sido afectada en el hospital, porque le cobraron por hospitalizar a su hija… (Corina Torres, DCS. Comunidad Brisas del Café, Naguanagua)

…se incorporó a la lucha en el hospital por invitación de otros/as compañeros/as… (Jesús Monsalve, Asociación Comunitaria para la Salud Integral Pro-Luz, DCS. Comunidad Vivienda Rural de Bárbula, Naguanagua).

…el poder médico dominante enquistado en los hospitales, veía a las comunidades como una amenaza y se aprovechaban de los recursos del estado para su propio peculio…(Carlos León, DCS y ex-trabajador del hospital. Urb. Tarapío, Naguanagua)

…Los médicos temían al empoderamiento del pueblo… (Beatriz Jiménez, DCS. Comunidad Brisas del Café, Naguanagua).

…el hospital estaba deteriorado, había muy mala asistencia, corrupción. La alegría de nosotros fue cuando el Dr. Ortunio, nos abrió las puertas a las comunidades. En el hospital se cobraban los servicios, bajo de cuerda, no estaban a la luz pública. Sabíamos el riesgo que corríamos cuando comenzamos en el hospital, pero nos sentíamos apoyados por el Dr. Ortunio… (Inmaculada "Lala" Guerra, Asociación Comunitaria para la Salud Integral Pro-Luz, DCS. Comunidad La Luz, Naguanagua).

…nosotros *veníamos discutiendo el concepto de salud mucho antes de la revolución*

> *Bolivariana. Tuvimos al principio una concepción tradicional de salud, relacionada con el enfermo y los centros. Luego entendimos la parte preventiva, el concepto mundial de salud, el concepto integral de salud, se hizo más o menos 8 años antes...hicimos nuestro el artículo 84 de la Constitución Nacional. La revolución Bolivariana catapultó lo que ya nosotros pensábamos en la salud preventiva…* (Armando Mujica, Asociación Comunitaria para la Salud Integral Pro-Luz, DCS. Comunidad La Luz, Naguanagua).

La DCS como organización comunitaria, desdobló y convirtió el *poder potentia* de la comunidad en *poder potestas*, que muestra su proceso de empoderamiento en acciones concretas. Es lo que García Linera (2015) denomina esperanzas prácticas de maneras distintas de gestionar lo común, que afectan la estructura misma de las jerarquías sociales en la toma de decisiones y lanza a la gente a participar y a creer en otras maneras de gestionar los asuntos comunes.

Ahora bien, esta irrupción de voluntades colectivas que se reapropian de las capacidades de deliberación, imaginación y decisión constituyen unas nuevas relaciones de fuerza, creencias movilizadoras y modos de participación, que persiguen una nueva forma estatal, cuya democratización social dependerá de la capacidad de los subalternos sostengan en las calles y en las instituciones, la participación en la gestión de lo común. En fin, es en las grietas de la dominación, en los intersticios del Estado y en su cotidiana incertidumbre de realización, donde se anida, emergen las esperanzas y surge la posibilidad de la emancipación (García Linera, 2015).

Ya había mencionado anteriormente, que las acciones emprendidas por la comunidades no se hicieron esperar, tan pronto las invité a incorporarse en la gestión, aquel 11 de septiembre de 1999 (Brea Castillo, 1999). Esta experiencia de participación popular en salud, marcó un hito en el estado Carabobo y posiblemente en el país, ya que se inició antes de la aprobación de la nueva carta magna, pero inspirado en ella, en el sentido del protagonismo popular que adquirió rango constitucional y que constituye su eje vertebrador. Las comunidades, el poder

constituyente del discurso presidencial, se apropiaron e internalizaron los artículos constitucionales que les despertaban esperanzas de un Sistema Público de Salud, en donde tendrían un rol protagónico en su conducción y los enarbolaron como bandera de lucha. Los artículos referidos, establecen lo siguiente:

El artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental y obligación del Estado y lo debe garantizar como derecho a la vida,para lo cual deberá implementar políticas para elevar el nivel de vida y bienestar social y además, señala que *todas las personas tienen derecho a la protección de la salud y el deber de participar activamente en su promoción y defensa* y el artículo 84 (fue tomado para integrar el logo de la DCS), que garantizar este derecho, el Estado creará el sistema público nacional de salud , bajo su rectoría y gestión, el cual será intersectorial, descentralizado y participativo, gratuito, universal, integral e integrado, equitativo y solidario con prioridad en la promoción de salud y prevención; *en el cual la comunidad organizada tendrá el derecho y deber de participar en la toma de decisiones en la planificación, ejecución y control de las instituciones públicas de salud* (CRBV, 2009).

La comunidad organizada desde su dignidad rechazó al estado de cosas injustas que venían sucediendo en el hospital: el cobro a los pacientes, la no aceptación de pacientes al ser referidos a otros centros asistenciales, el turbio proceso de adquisición de insumos hospitalarios, la insolidaridad, los trabajo de remodelación de pésima calidad de las contratistas, el deterioro de la infraestructura, los amañados concursos de credenciales de los médicos, el burocratismo[12] usufructuario de tantas irregularidades. Es de resaltar, que la misma comunidad organizada, dijo No a su propia dispersión y comenzó con osadía, firmeza -pero sin violencia- a hacer otras

[12] Refiere Puertas (2009) que siendo la burocracia el grupo social que lleva la administración, control y gestión de los recursos estatales, el burocratismo se produce cuando los empleados actúan en función de sus propios intereses, se creen dueños de sus puestos y sobreponen un poder especial sobre los ciudadanos, olvidándose que son servidores públicos, entrando en contradicción con una gestión eficiente de los recursos públicos.

cosas, desde sus saberes populares, desde su poderes creadores, desde el amor al prójimo; afirmando así, su capacidad de hacer y decidir por sí mismos.

Fue así como la compañera Inmaculada "Lala" Guerra, sin haber asistido nunca a un comité de compras, se atrevió a interactuar con médicos especialistas, jefes de servicios, jefas de enfermería y directores, a pesar de su nerviosismo e inquietud; sin embargo, desde su capacidad de hacer y decidir, expuso su opinión en relación a la compra de insumos hospitalarios de mejor calidad y precio y así pudo afirmarse como comunidad organizada.

> *…participar en el comité de compras no fue fácil, había como una barrera. Nosotros somos los médicos, ustedes son la comunidad, que van ustedes a estar exigiéndonos a* nosotros… *veían a uno por encima del hombro, ¿es que estos patas en el suelo piensan igualarse con nosotros?…* (Inmaculada "Lala" Guerra, Asociación Comunitaria para la Salud Integral Pro-Luz, DCS. Comunidad La Luz, Naguanagua).

De igual manera sucedió, cuando en el primer mes de gestión había que pagarle a una empresa contratista por los trabajos de remodelación realizados en el servicio de anatomía patológica; para lo cual acordamos una inspección junto a la comunidad, ese día asistieron maestros de albañilería, carpinteros, plomeros, electricistas, liderados por el compañero Armando Mujica, quienes verificaron minuciosamente el cumplimiento de lo establecido en el contrato. La respuesta fue tajante y contundente, en el sentido de que como director, no debía firmar el cheque de pago, debido a la mala calidad de los trabajos realizados por la contratista. Un tiempo después, la contratista se vio obligada a rehacer los trabajos, los cuales de nuevo

fueron verificados por el mismo equipo de *"maestros pueblo"*[13], ahora sí dando su visto bueno a la obra.

La contraloría social que debutaba en el hospital, logró enfrentar una vieja práctica en los centros públicos de salud, como lo es el negarle la atención a un paciente y remitirlo (muchas veces sin referencia médica, ni justificación) a otro centro de salud, lo que popularmente se denomina *rebotar al paciente.* Esta actividad fue efectiva, debido a la estrecha coordinación que tuve con las comunidades, en el sentido de brindarle atención a estos casos, sin ningún tipo de dilación. Recuerdo un caso reportado de un niño con hidrocefalia, para el cual había los insumos y especialistas para la resolución del caso… En otros casos, el médico cirujano negaba la atención, por supuesta falta de algún dispositivo médico-quirúrgico y el paciente era remitido para un centro privado donde trabajaba, para realizar el acto quirúrgico, llegando a la desfachatez de ofrecerle el hospital para el post-operatorio.

Al pasar los días, se estrecharon las relaciones entre la comunidad y los trabajadores, lo que creó un clima institucional de distensión ampliamente colaborativo, que favoreció la implementación de diversas actividades de voluntariado para el embellecimiento del hospital y de recuperación de la infraestructura. Al mismo tiempo, desde la dirección estábamos realizando un diagnóstico participativo situacional en cada uno de los servicios y departamentos, donde todos de manera incluyente daban su opinión y propuestas nuestra *Gestión de Puertas Abiertas* estaba construyendo junto a la comunidad un proceso de democratización en el hospital, coherente con el nuevo modelo democrático, de la ahora

---

13 Tomamos prestado el nombre de *"Maestro Pueblo"* de la definición que hace Orlando Martínez (2021), maestro nacional de animación cultural, aplicada a aquellas personas que han cultivado experiencia en las artes en sus diversas manifestaciones, incluida la gastronomía y las transmiten a su entorno familiar y comunitario. En el caso que nos ocupa, son personas comunes a decir de Holloway (2011), con saberes populares que han sistematizado desde su práctica de vida, son los albañiles, plomeros, electricistas, carpinteros y otros; esos arquitectos empíricos que han soñado y construido sus casas y las de los otros, en las barrios populares de nuestras ciudades, basado en lo que Fruto Vivas denomina la tecnología de la necesidad en su memorable libro *Las casa más sencillas,* como lo refiere Alfonso Ramírez Ponce, prologuista de este libro: El saber popular como canta la copla llanera, es la fuente de todos los saberes. Vivas, 2017).

llamada Constitución Bolivariana, aprobada en un inédito referéndum consultivo el 15 de diciembre de 1999. Se estaban materializando los postulados constitucionales de los artículos 83 y 84 referidos a la participación popular en la gestión pública y el 141 referido a una administración pública al servicio de la ciudadanía (CRBV, 2009).

Este aire democrático era respirado en cada una de las reuniones y asambleas que realizamos con la comunidades en el hospital, en un ambiente participativo, horizontal, respetuoso de los derechos de palabras y opiniones, en donde a través de la argumentación, la autocrítica y crítica constructiva, se buscaban los acuerdos consensuados. Además de las asambleas en el hospital, acordamos realizarlas también en comunidades del Municipio Naguanagua, esto permitió difundir los logros y retos de la gestión y la experiencia de participación popular, invitándolas a incorporarse. Cada encuentro con las comunidades, tenía sus dinámicas particulares y constituían escenarios de aprendizaje colectivo de los valores de la democracia participativa y protagónica. Con una década de distancia de la promulgación de las Leyes del Poder Popular, la DCS-HUAL, se adelantó a defender el derecho a la salud y a la participación popular.

En este ejercicio democrático influyó sin lugar a dudas, la experiencia que algunos traíamos de la militancia política y social. En mi caso traía la experiencia del *Movimiento Pro-Rescate del Hospital Bucaral* de Flor Amarillo, devenido en *Fundación Hospital Bucaral* (1990- 1998) y la participación en la lucha vecinal. Otros compañeros, la mayoría de los cuales se incorporó posteriormente a la DCS, también traían experiencia política y en las luchas sociales.

Además, es indiscutible la notable influencia del discurso del Presidente Hugo Chávez Frías, en clave de pueblo, soberanía, participación y democracia directa. Exclamaba Chávez, que por primera vez en muchísimos años, Venezuela entró realmente en un proceso realmente democrático, en donde la sustancia principal es el clamor y la participación del pueblo. Aquí se

hablaba de democracia, pero el pueblo andaba por un lado y la fulana democracia por otro (Chávez, 2002 citado por Fair, 2013). En *El Libro Azul* insistía Chávez, en la necesidad de que las comunidades generen su sistema de autogobierno, el cual les permita decidir acerca de sus asuntos internos por sí mismos, a través de procesos y estructuras generadas en su propio seno (Chávez, 2013).

El sábado 10 de diciembre de 1999, apenas a tres meses de haber asumido la dirección del hospital, se inaugura la sede de la *Defensoría Comunitaria de la Salud del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde"*, en un local amplio ubicado en el área externa, al lado de la farmacia que les había facilitado para su mejor funcionamiento, el cual contaba con un mobiliario básico. Los trabajos de acondicionamiento los realizó la comunidad, quienes además pintaron la pared con el nombre de la organización. Con esta sede hubo un reimpulso de la Defensoría, ya que el lugar se convirtió pronto en un lugar de referencia de pacientes y familiares, además de lugar de reuniones de trabajo.

Con esta modesta sede, la DCS-HUAL tuvo un salto cualitativo importante, ya que contaban con mejores condiciones para el desempeño de sus actividades, representando un avance en el proceso de empoderamiento popular.

Habiendo transcurrido cinco meses de gestión, en una fecha emblemática del proceso bolivariano el viernes 04 de febrero de 2000, en el pasillo al frente de la sede de la DCS-HUAL, hicimos la rendición pública de cuentas con una importante asistencia de trabajadores del hospital: personal asistencial, administrativo y obreros y miembros de las comunidades municipio Naguanagua y otros municipios de Valencia. Esta rendición pública de cuentas no se realizó por mandato de la presidencia del IVSS, la misma surgió de común acuerdo con las comunidades y se realizó en medio de ambiente de concordia y satisfacción generalizada, ya que en un corto periodo de tiempo, habían sido muy importantes los logros de la gestión (Linares, 2000). La gestión había generado la adhesión de médicos especialistas, algunos de

ellos colegas profesores y muchos otros profesionales de la salud y trabajadores, quienes me manifestaron su reconocimiento por los logros de la gestión, aun cuando no comulgaban o eran todavía escépticos con las ideas del gobierno bolivariano.

Hubo una recuperación importante de la infraestructura, mejoramientos de todos los servicios de hospitalización y clínico-quirúrgicos, incluyendo dotación de insumos y material médico-quirúrgico, hubo un combate frontal a la corrupción a través de la contraloría social de las comunidades, lográndose disminuir en un importante porcentaje los costos para la adquisición de material médico quirúrgico, igualmente se logró sanear el concurso de credenciales de los médicos para optar a las residencias asistenciales (especializaciones), se incorporaron tesistas de la Universidad de Carabobo de diversas facultades para la solución de problemas prioritarios (DCS-HUAL c, 2000).

A mediados de la siguiente semana, recibí una llamada del Presidente del IVSS, quien me increpaba por haber sacado del concurso de credenciales de los médicos, a su sobrino quien optaba por un cargo, le expliqué las razones éticas y académicas de tal decisión y además, como director de la institución debía ser garante del ingreso de profesionales médicos con los mejores currículo, para elevar la calidad de atención a nuestros pacientes.

Como docente universitario considero éticamente inaceptable, que médicos que aspiran ingresar a un concurso de credenciales, para optar a una especialidad financiada por el Estado, abulten sus currículos forjando documentos, con la complicidad de algunos miembros de la comisión técnica del hospital responsable del concurso. Esa treta fue desmontada, ya que llevé ante la comisión técnica, a otro profesor universitario coordinador de unas jornadas científicas presentadas en muchos de los currículos de los concursantes, quien verificó el forjamiento de credenciales[14]. La misma respuesta les di a médicos supuestos voceros del *"chavismo",* quienes

[14] El Artículo 2° del Código de Deontología Médica de Venezuela, establece que *"el médico debe considerar como una de sus obligaciones fundamentales el procurar estar informado de los avances del conocimiento médico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar al paciente la ayuda*

me propusieron repartir algunos de esos cargos entre ellos y el partido Acción Democrática *"como siempre se había hecho"*, partido este que siempre tuvo el manejo corrupto de estos concursos de credenciales, lo que era su añeja práctica clientelar en este hospital.

Ahora bien, esta situación amerita una reflexión profunda sobre los valores éticos y morales de los profesionales médicos que están egresando de nuestras universidades, algunos de los cuales son fácilmente cooptados por redes de corrupción al amparo de intereses politiqueros clientelares, de un fetichizado poder médico que hegemoniza los centros de salud; lo que ocurre, muy a pesar de lo que establece la Ley de Universidades (1970), en cuanto a que es una institución cuya tarea es la de reunir a profesores y estudiantes y buscar la verdad y el afianzamiento de los valores trascendentes del hombre y con el mismo espíritu, el código de deontología de la profesión establece que el ethos médico significa una profesión entendida como vocación de servicio irrevocable a la comunidad y una dedicación de "valores" más que "ganancia financiera". Este código de ética obedece a un esfuerzo premeditado de fortalecer el Ethos médico, sirviendo de ayuda a los médicos -individual o colectivamente en el mantenimiento de un alto nivel de conducta ética (Federación Médica Venezolana, 1985).

Gerónimo Sosa Sánchez (2006) en su libro *Un Médico Más Cercano al Hombre y a la Salud*, propone un modelo alternativo de educación médica alejado del modelo morbicentrista y medicalizado, en el cual resalta que su labor debe trascender el contexto de las clínicas y hospitales, yendo hacia diversos campos de la acción social para que se impregna de estética humanística y adquiera una sensibilidad especial por los otros, que lo hagan buen educador y comunicador de los problemas sociales a nivel comunitario. Sería una formación para la práctica profesional, no sólo fundada en la racionalidad científico-técnica, que establezca

---

requerida". (Federación Médica Venezolana FMV, 1985). Forjar credenciales de ponencias y asistencias a eventos científicos, para ingresar a una postgrado de especialización transgrede este y otros artículos del código deontológico, afectando la calidad de atención y poniendo en peligro la vida de los pacientes.

sinceras relaciones de comunicación con sus semejantes, que considere además la dimensión ética en la actitud personal y la dimensión política. O sea, un profesional científicamente formado y filosóficamente cultivado.

La experiencia de la DCS-HUAL fue un esfuerzo de conformación de un bloque social hegemónico alternativo y democratizador, conformado por miembros de las comunidades, profesionales de la salud y trabajadores, confrontado -no con violencia - con el otro hacer, desde los subalternizados (Holloway, 2011) a un consolidado bloque hegemónico institucionalizado en el hospital. En un año de transición del viejo modelo democrático representativo, al modelo democrático participativo y protagónico, esta organización desafió a un estado de cosas injustas en el hospital, que vulneraban el derecho a la salud y a la participación popular y pudo transitar un camino lleno de incertidumbres pero con logros significativos. Según Holloway (2011) la incertidumbre de nuestra creación no es motivo para abandonarla, pues está basada en la certidumbre de nuestro rechazo. Junto a las comunidades estábamos convencidos y comprometidos en los cambios democratizadores que estábamos llevando a cabo en el hospital y en el rechazo a una institución que no respondía a las necesidades de la población, negando su derecho a la salud y a la participación en la gestión.

Cuando hablé de una *gestión de puertas abiertas* y convoqué a la participación de las comunidades, estas vieron un terreno libremente disponible y comenzaron a cultivarlo, a pesar de la percepción de lo agreste del terreno. Siendo lo agreste, un No aceptar ser cultivado, las comunidades apelaron a otro hacer (con un No a esa negación), esta es la dignidad que puede llenar las grietas creadas por el rechazo (Holloway, 2011). Esta actividad diferente, es el umbral a un contra mundo con una lógica diferente y un lenguaje diferente (Holloway, 2011), donde el paciente o familiar objeto, se hacen usuarios sujetos en un nuevo espacio tiempo, donde el nuevo lenguaje que se hablaba era de: compañerismo, camaradería, unión, solidaridad, amor,

justicia, participación, derecho, salud, inclusión, aceptación, respeto, igualdad, honestidad, ética, organización, esperanza, autonomía, autodeterminación.

Diez días después de la llamada telefónica del presidente del IVSS, se produjo mi destitución del cargo, con lo cual se inició una escalada de ruptura a un genuino proceso de participación popular en salud iniciado apenas hacía cinco meses. Los factores que motivaron la destitución saltan a la vista y evidencian el entramado de corrupción de estas instituciones a todos sus niveles, una herencia manifiesta del esquema clientelar practicado por el bipartidismo (Pacto de Punto Fijo) y que aún persiste en las instituciones del Estado. Durante muchos años fue *vox populi* que el IVSS era la caja chica de la partidocracia; esto lo denuncia Díaz Polanco (2006) al señalar que el IVSS ha sido considerado una de las instituciones más corruptas del país con manejos dolosos de los fondos de pensiones y de atención médica y con una enorme deuda interna y gran incapacidad operativa.

Ahora bien, el cargo de director del hospital, es un cargo de libre nombramiento y remoción por la máxima autoridad de la institución, según la Ley de Carrera Administrativa y el presidente del IVSS actuó apegado a la legalidad del Estado liberal burgués; ante esta realidad, como lo señala Dussel (2010), es un Estado que se afirma como soberano, como sede de poder político, ejerciendo el poder autorreferenciado, el cual es un poder corrupto.

> *"Sentí que la participación iba a ser abierta, que ya se consolidaba la participación y fue mentira, se aprendió que participamos, pero enseguida nos truncaron, después que te fuiste no contamos con nadie, no nos permitieron la entrada, estábamos limitados de recursos por todos lados, teníamos era la voluntad, las ganas de seguir adelante, eso era lo que nos empujaba. Teníamos la Constitución que nos hablaba de democracia participativa y protagónica, pero muchos no entendíamos todo".* (Tais Romero, DCS-HUAL, Comunidad Coromoto, Naguanagua).

> *...la destitución fue un baño de agua fría, pero reaccionamos rápidamente. No les convenía un*

> *Eduardo Ortunio al frente de la dirección, ni las comunidades organizadas, había muchos intereses políticos y económicos...* (Inmaculada "Lala" Guerra, Asociación Comunitaria para la Salud Integral Pro-Luz, DCS. Comunidad La Luz, Naguanagua).

La destitución generó disímiles emociones en los miembros de la DCS: desencanto, frustración, indignación, rabia y por supuesto en mí, aunque la inusitada llamada del presidente del IVSS, me alertaba de esa posibilidad. Dos días después, el miércoles 16 en una asamblea comunitaria se decidió, una medida radical pero consensuada, como fue la toma de la dirección del hospital y la negativa a permitir la entrada del nuevo director. Asimismo se desarrollaron diversas acciones de denuncia por los medios de comunicación y algunas movilizaciones de calle, incluyendo un viaje a la sede del IVSS en Altagracia, Caracas (DCS-HUAL, 2000 c).

El lenguaje de la comunidad enardecida fue reafirmar el No de la dignidad ante la destitución, que significaba echar por la borda sus esperanzas. Para las comunidades, mi gestión fue la demostración de un compromiso ético-político, que les permitió desdoblar su *poder potentia* en *potestas*, y les abrió la senda de tejer estrechas relaciones de amistad, de responsabilidad y a la vez luchar por el objetivo común de extender la voluntad de vivir de los pacientes (Dussel, 2010, Holloway, 2011). Está hermosa empresa, nos trajo muchas satisfacciones, en las acciones del otro hacer afirmativo y creativo - que niegan el estado de cosas injusto que dominaba en el hospital- al ayudar al prójimo a recuperar su salud, al velar que los recursos del hospital fueran administrados con transparencia, al contribuir al mejoramiento de la infraestructura y embellecimiento del hospital, al reunirnos en asambleas dentro y fuera del hospital, compartir la experiencia de gestión participativa y compartir sueños de seguir mejorando, al llevar a la práctica el nuevo modelo de Democracia Participativa y Protagónica. *Quedamos con la memoria inspiradora de algo hermoso, hemos vislumbrado un futuro posible* (Holloway, 2011: 83).

Holloway (2011) menciona la *amorosidad* como otra palabra nueva que aparece en *el otro hacer creativo*, que expresa las nuevas relaciones afectivas que se crean en estas luchas y que fortalecen al movimiento, permitiendo a los participantes superar y respetar sus desacuerdos. *La vieja camaradería o compañerismo se ha desplazado hacia el centro de la escena, pero ha perdido su imagen masculina y ha declarado que su nombre es amor.*

¿Alguien tiene duda de que Chávez, tuvo mucho que ver en la amorosidad que afloró en nuestra experiencia? Los discursos de Chávez siempre estuvieron atravesados por la amorosidad, por el amor al pueblo, a la Patria, a Bolívar. Fue un pedagogo del amor y la esperanza, un gran educomunicador que en clave de *Historia Insurgente* supo transmitir el hilo conductor del pasado, presente y futuro de Venezuela y de Nuestramérica.

> *"Amor con amor se paga y yo no tengo más nada que darles que amor, entrega, trabajo; mi vida entera se las regalo".* (Chávez, 1999 citado por Herrera, 2014)

> *"Donde quiera que ande el pueblo, anda el amor, anda el colorido, anda la alegría, anda la energía positiva"* (Chávez, 2002 citado por Herrera, 2014).

Con la toma de la dirección, por parte de la comunidad, no se logró el objetivo de revertir la decisión tomada por Caracas en connivencia local. Mi destitución paralizó las posibilidades de seguir profundizando la dinámica de la participación popular que tanta fuerza y espacio había logrado, coartando un inédito proceso de participación en uno de los principales hospitales de referencia del estado Carabobo. A partir de este momento, se inició un proceso de tensión con las nuevas autoridades, las cuales impidieron las acciones de contraloría social,

desestimaron los reclamos de los pacientes y familiares atendidos por la DCS y se les impedía incluso, entrar a las instalaciones del hospital.

Sin embargo, a pesar de la nueva correlación de fuerzas, desfavorable a la comunidad organizada, la DCS decidió formalizar legalmente a la organización y el ocho de septiembre de 2000, se constituyó en asociación civil en donde se manifestaba la voluntad de cogestionar el hospital junto al Estado, para convertirlo en un modelo de excelencia, bajo los principios constitucionales de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad y solidaridad integrado al Sistema Público de Salud y velar por el efectivo respeto y garantía de los derechos de los pacientes. Además, entre sus objetivos se planteaba estrechar los vínculos con las comunidades organizadas como base social garante de la lucha por el derecho a la salud. En este sentido se propuso: promover el desarrollo y fortalecimiento de Unidades Comunitarias de Atención Primaria en Salud (UCAPS) y de las Organizaciones de Participación Comunitaria en Salud (OPCS) con las cuales integrarse en redes para el intercambio de experiencias y para la implementación programas de promoción de la salud, prevención y rehabilitación (DCS-HUAL (2000 a). La propuesta de cogestión con el Estado y los objetivos para estrechar los vínculos comunitarios, fueron referenciados del *Proyecto Salud Bucaral* y del acta constitutiva de la *Fundación Hospital Bucaral* anteriormente denominado Movimiento Pro-Rescate del Hospital Bucaral, organizaciones comunitarias en los cuales milité activamente .[15]

[15] La lucha por el Hospital Bucaral en Flor Amarillo-Valencia, se inició a finales de los años 90 y su objetivo era la de promover el rescate del hospital y su puesta en funcionamiento, según reza en el acta constitutiva del *Movimiento Pro-Rescate del Hospital Bucaral* (MPRHB, 1992); cuatro años después, en el documento del *Proyecto Salud Bucaral* (PSB, 1996), propuse que el alcance de nuestra proyecto, debería ir más allá de la exigencia de un centro de salud con exclusiva orientación morbicéntrica, sino orientarse fundamentalmente a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y con activa participación comunitaria en su gestión como garante de la defensa del derecho a la salud y propuse además, que el nombre debería ser *Centro Integral de Salud Comunitaria Bucaral* con un importante piso social formado por los *Comités Comunitarios de Salud* y las *Unidades Comunitarias de Atención Primaria en Salud (UCAPS)*, en cada caserío, barrio o urbanización de la Comunidad de Flor Amarillo y sus adyacencias, que impulsen la investigación de los problemas de salud-enfermedad con enfoque epidemiológico crítico, entre otros objetivos; algunas de estas propuestas fueron incorporadas en el acta constitutiva de la *Fundación Hospital Bucaral* (FHB, 1997). Esta sistematización es otra tarea pendiente de este trabajo de investigación.

Hubo dos hechos que ilustran muy bien, la manera como cuentan y escriben la historia quienes restauraron el poder potestas corrupto en el hospital; por un lado, la declaración de prensa de algunos médicos del IVSS, de los cuales unos eran médicos del hospital, otros directores de centros de salud y un odontólogo coordinador regional, quienes en su discurso calificaron al pueblo como tontos útiles de un anarquista, *"al tratar de manipular la buena intención de algunos miembros de la comunidad"*[16], para desconocer a la nueva autoridad designada por Caracas (Jiménez, 2000) y el otro hecho, fue la publicación a los cinco meses de la destitución - y estando aún activa la DCS en su sede - de la revista guía *Hospital*, órgano informativo (HUAL, 2000 b), en la cual no se menciona en absoluto, ni en el editorial (hecho por el nuevo director) ni en el contenido, a la comunidad organizada la cual fue totalmente invisibilizada y tampoco reflejaron un atisbo del proceso bolivariano en ciernes; es decir, un discurso absolutamente funcional al estado de cosas de siempre, a una gestión sin contraloría social bajo la hegemonía de un poder médico, poder potestas corrupto.

Según los archivos de la DCS-HUAL, después de la destitución, se incrementaron las denuncias de cobros a los pacientes; se recibieron 50 denuncias entre febrero a diciembre de 2000 y hubo 16 casos registrados hasta el mes de septiembre de 2001. La mayoría de los reclamos eran para atención médica y/o quirúrgica. Además, hubo denuncias de cobros para la realización de intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones por parte de la Fundación Amigos del Hospital Universitario "Ángel Larralde", los cuales ya habían sido prohibidos durante mi gestión (DCS-HUAL, 2000 b). Dos años después de la destitución el 15 de febrero de 2002, dirigentes del partido Movimiento V República del Municipio Naguanagua, desalojaron violentamente de su sede a los miembros de la DCS (Montoya, 2002).

[16] En relación a esta declaraciones de prensa, en donde se subestima a la comunidad, García Linera (2015) aclara que las clases populares no son tontas, ni la tradición es omnipresente y que a pesar de los engaños, imposturas y herencias de dominación, la gente del pueblo opta, escoge, aprende, conoce, decide y elige a unos gobernantes y a otros no; reafirma su confianza o revoca sus esperanzas.

Este hecho es crucial dado que pone en la agenda de las comunidades organizadas, el rol de los funcionarios como facilitadores o entorpecedores de la participación popular en la gestión pública, derecho consagrado en la CRBV y en el paquete de leyes del poder popular, nuevo marco legal del modelo de Democracia Participativa y Protagónica, avizorado por el Presidente Hugo Chávez Frías en *El Libro Azul* (2013); en el cual se refiere al pueblo como depositario concreto de la soberanía, que con su fuerza potencial repare daños a tiempo y refuerce desajustes, para producir las transformaciones que permitan avanzar al cuerpo social y en este sentido, *el sistema político, debe implementar los canales por donde corra el poder popular protagónico.*

Esta experiencia de participación popular ocurrida en pleno proceso de transición del modelo democrático representativo del puntofijismo, al modelo de Democracia Participativa y Protagónica, nos hace evocar a Gramsci, cuando nos ilustraba acerca de los momentos de crisis en la que *"lo viejo no termina de morir y lo nuevo no termina de nacer"* (Heller, 2017). A este respecto, García Linera (2015) explica que ante una crisis general del Estado, su resolución solo puede transitar por dos vías: por una, la restauración de las viejas creencias o relaciones de fuerzas y por la otra, con unas nuevas relaciones de fuerza, creencias movilizadoras y modos de participación, es decir, por una nueva forma estatal, cuyo grado de democratización social dependerá de la propia capacidad con la que los subalternos sean capaces de sostener, en las calles y en las instituciones, la participación en la gestión de lo común.

Esta es una perspectiva Dusseliana acerca del Estado, que considera que éste puede ser transformado para estar al servicio de la comunidad, lo que ocurre cuando el ejercicio delegado del poder (Potestas) lo efectúa *obedencialmente* (mandar obedeciendo), un representante honesto de la comunidad política (del pueblo), que ha sido delegado para tal fin.

Con la misma perspectiva a favor de la transformación del Estado, Azzelini (2012) se pregunta ¿cómo puede el Estado fomentar, acompañar y fortalecer los movimientos y la auto-

organización, sin cooptarlos o pasar por encima de ellos? y por otro lado, que los movimientos puedan mantener su autonomía e influencia en el proceso de transformación, sin perder la iniciativa al Estado o reproducir sus formas y estructuras. Solo de esta manera, es posible superar la forma conocida de Estado y crear algo completamente nuevo.

Azzellini (2012) citando a Nicanoff (2007), plantea que de lo que se trata es de diseñar una estrategia donde no se renuncie a la posibilidad de resignificar el Estado[17], para lograr que no contribuya tanto con el "ecosistema hostil" que es el capitalismo y desarrolle políticas que apuntalen a los movimientos sociales, sin que estos sean cooptados por la maquinaria estatal. Una política que respete la soberanía y autonomía popular y a la vez, en tensión-contradicción con el Estado, porque su fin último debe ser una sociedad sin clases; y dibujando las particularidades del proceso bolivariano venezolano, Azzellini (2012) habla de la existencia en su seno, de una construcción de *"dos lados",* por un lado el Estado, sus instituciones y las organizaciones de izquierda tradicionales y por el otro lado, los movimientos y comunidades organizadas.

Por otro lado, refiere Boaventura de Sousa Santos (2011) en su Carta a las Izquierdas, que el Estado es un animal extraño, mitad ángel y mitad monstruo; pero, sin él, muchos otros monstruos andarían sueltos, insaciables, a la caza de ángeles indefensos y sentencia que es mejor, Estado siempre y que menos Estado, nunca. En oposición a esta postura, Biardeau (2011) riposta que el Estado es un "monstruo" completamente frío, y si sobre éste monstruo depositamos nuestras esperanzas utópicas, es porque aún no hemos comprendido nuestras

[17] A los que renuncian a la posibilidad de transformar o resignificar al Estado, García Linera (2015) los llama *abdicacionistas* del poder, son quienes hablan de *"cambiar el mundo sin tomar el poder"* , tesis ésta de John Holloway mencionada en el escenario II, II.4.- Sobre el Poder y el Estado de este estudio. *Esta lectura abdicante del poder, en realidad constituye la contraparte de la lectura instrumental del Estado, ambas suponen que la sociedad y las clases subalternas construyen su historia al margen del Estado, y que éste existe al margen y por encima de las clases subalternas. "Cambiar el mundo sin tomar el poder" es pensar que el poder es una propiedad y no una relación, que es una cosa externa a lo social y no un vínculo social que nos atraviesa a todos* (García Linera, 2015).

alienaciones y fetichismos más profundos. Es porque todavía delegamos nuestros más hondos miedos a una "figura protectora". Continúa Biardeau (2011) señalando que el Estado no es ni un mal necesario ni inevitable; sin embargo, Biardeau pareciera no plegarse a los *abdicacionista*s cuando expone que la "transición paradigmática" constituye precisamente, la amputación de los peores lados de este mal (del Estado) con *"democracia de alta intensidad"* y que la tarea pendiente sigue siendo pensar más allá de la forma/Estado, para superar el bloqueo histórico y estratégico de las izquierdas, no siendo casual que Marx y Engels pensaron en sustituir la palabra Estado por la palabra Comuna.

En la DCS nos posicionamos en defender la autonomía, auto-organización y capacidad del pueblo de crear y hacer Salud y Buen Vivir para el Colectivo, para avanzar con una posición anticapitalista en la profundización de la Democracia Participativa y Protagónica, con la consigna *"Todo con la Comunidad, Nada sin la Comunidad",* y para ello y sin ningún prurito, también aprovechamos los intersticios o grietas que se abren en el Estado como "*enunciaciones emancipadoras*" (García Linera dixit), a favor de promover y facilitar la participación popular en salud desde la gestión pública. Es decir, tanto Estado como haga falta y tanto Poder Popular como podamos construir.

Después de la destitución y durante el proceso de toma de la dirección del hospital por parte de las comunidades, me llamó el decano recién electo de la Facultad de Ciencias de la Salud, el Profesor Carlos Callegari para asumir la Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad de esta facultad (DESCO-FCS). Se cerraba una grieta y se abría otra en mi facultad, donde el decano se había planteado importantes reformas curriculares, que incluían la creación de nuevas escuelas, como la de Salud Pública y Desarrollo Social a la cual se integró el departamento de Salud Pública, donde tenía nueve años como docente a dedicación exclusiva. En aquella época el viejo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, pasó a llamarse Ministerio

de Salud y Desarrollo Social, siendo su primer ministro el prominente sanitarista Gilberto Rodríguez Ochoa.

Desde la DESCO-FCS, diseñamos el *Curso Liderazgo Comunitario y Participación en Salud*[18] (Ortunio, Fonseca, Rada y Bigott, 2002), con el enfoque de la Educación Popular y en el cual se incorporaron los miembros de la DCS quienes permanecían resistiendo en el hostil ambiente del hospital con las nuevas autoridades y en donde sus actividades de contraloría social habían sido bloqueadas.

En el primer curso que se inició el 21 de febrero de 2001 y en las siguientes cohortes, hubo una participación preponderante de las mujeres, igualmente en los equipos coordinadores de la DCS y en las numerosas reuniones, asambleas, foros, entre otras actividades. Tal como lo señala, Liuzo (2019) la mujer venezolana, ha alcanzado fructíferos logros gracias a la Constitución Bolivariana, es por ello que ahora se ha visto protagonizando en distintos escenarios, como en los proyectos socio-productivos, consejos comunales y en cargos públicos. A este respecto, vale destacar que de los tres voceros principales del *Consejo Presidencial del Poder Popular para la Salud del estado Carabobo* electo en el año 2016, dos eran mujeres.[19]

---

[18] El curso tenía 200 horas de duración y fundamentaba sus estrategias de aprendizajes en la problematización-reflexión-acción, a través de procesos andragógicos, horizontales y participativos, para la construcción colectiva del conocimiento de líderes comunitarios que ejerzan la democracia participativa y protagónica participando en la planificación, ejecución y control de las políticas públicas consagrada en la Constitución Bolivariana. El curso estaba conformado por siete módulos: salud y condiciones de vida, participación comunitaria en salud, vigilancia epidemiológica comunitaria, investigación-acción en salud comunitaria, Promoción de Salud, Comunicación en Salud y actividades básicas de atención en salud, se impartían tres cohortes anuales de 30 participantes.

[19] Las compañeras electas fueron: Isabel Castillo del municipio Valencia, quien además integró el equipo coordinador de la DCS-EC desde el año 2000 y participó activamente en el *Foro Constituyente Bolivariano de la Salud* y en el *Consejo Popular de la Salud del estado Carabobo* y Neria González del Municipio Carlos Arvelo, otra lideresa social con quien conformamos el *Consejo Popular de Salud del Municipio Carlos Arvelo* del estado Carabobo en el año 2007 (primer Consejo Popular de Salud Municipal del estado). Estos escenarios de debate político, organización, movilización y de interpelación de las autoridades de salud, fueron iniciativas impulsadas por la DCS-EC.

IV.3.- Segunda Etapa de la DCS: Nuevos Horizontes Fuera del Hospital (2002-2008)

El 15 de febrero del año 2002 posterior al desalojo de la sede en el hospital, comenzó la segunda etapa de la DCS. Se cerró una grieta en el Estado[20] que pudimos aprovechar durante un poco más de cinco meses, para construir una hermosa experiencia de participación popular en salud; con la línea de pensamiento de Holloway (2011), consideramos que la experiencia DCS-HUAL, puede ser vista por algunos como un fracaso, ya que no condujo a un cambio permanente, pero fue como un relámpago que nos iluminó un mundo diferente que podemos crear (lo hicimos), pero igualmente seguimos caminando-preguntando, pero caminando, no nos quedamos quietos.

En esta segunda etapa de la DCS, hubo un importante salto cualitativo y cuantitativo de la organización a partir de la celebración de una asamblea extraordinaria realizada el 31 de agosto del año 2002, en la sede del Sindicato del Calzado en Valencia. En esta asamblea propuse la reforma estatutaria, por las siguientes razones: el número cada vez mayor de personas interesadas en participar en la organización, dentro de los cuales se encontraban los egresados del *Curso Liderazgo Comunitario y Participación en Salud* y la necesidad de extender la experiencia de contraloría social a otras instituciones de salud del estado Carabobo, creando un amplia red de Defensorías Comunitarias de la Salud.

Las reformas aprobadas fueron las siguientes: cambiar la denominación de la asociación civil a Defensoría Comunitaria de la Salud del estado Carabobo (DCS-EC), siendo su nuevo objeto: promover la participación de las comunidades organizadas en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de las instituciones públicas de salud del estado Carabobo. Su estructura organizativa se mantuvo desjerarquizada y dirección plana, con

[20] Las grietas así como se abren, se cierran como cuando se rompe un témpano de hielo (Holloway, 2011).

coordinaciones para las distintas responsabilidades y se incorporaron coordinaciones sectoriales, correspondientes a algunos municipios (DCS-HUAL, 2000 b).

En esta asamblea hubo muy buena asistencia de un centenar de compañeros/as y como era práctica en nuestras reuniones y asambleas, siempre reinó un ambiente de cordialidad y fraternidad, a través de procedimientos consensuados se procedió a la elección del consejo de coordinación. En esta asamblea fui elegido coordinador general para el período 2002-2003, acompañado de 18 compañeros/as, de los cuales las mujeres eran mayoría, con 11 integrantes.

El contexto nacional, a partir de la Presidencia de Hugo Chávez Frías, estuvo en un permanente estado de agitación y enfrentamiento; por un lado los partidos políticos de oposición, junto al empresariado, la alta jerarquía de la iglesia católica, sectores militares, la burocracia sindical, los medios de comunicación, con abierta injerencia de gobiernos extranjeros y por el otro el gobierno nacional, junto a los partidos, organizaciones y movimientos sociales que apoyamos las políticas gubernamentales.

La DCS-EC, desplegó un plan de presentación de la organización ante diversos entes públicos, donde manifestamos el interés en estrechar relaciones interinstitucionales y desplegamos en distintas comunidades con video foros sobre experiencias comunitarias nuestroamericanas, utilizamos videos del grupo *Memoria Popular Latinoamericana (MEPLA)* de Marta Harnecker, en aquella época se había popularizado el video sobre El Presupuesto Participativo de Porto Alegre, Brasil, el cual generaba entusiasmo y debate entre los participantes, estas actividades tenían el enfoque dialógico y crítico sobre la Educación Popular (MEPLA,2013).

En el caminar-pensando de la DCS-EC, defendimos nuestra contundente posición *autonomista* en relación con el Estado y sus instituciones, asumimos los postulados teóricos y

políticos de la *Corriente Nuestroamericana de Medicina Social y Salud Colectiva* [21] y reafirmamos el apoyo -crítico- a la Revolución Bolivariana.

IV.3.1.- El Tortuoso Camino del Pedir Popular al Poder Popular: Aportes de la DCS-EC, para la Reflexión-Acción

El Presidente Hugo Chávez Frías, comenzó a implementar un conjunto de leyes habilitantes que favorecen a los sectores populares y que exasperaron y radicalizaron a la oposición a su gobierno. También se aprobó en junio del año 2002, la *Ley de los Consejos Locales de Planificación de Políticas Públicas* (CLPP), para promover la participación popular a nivel municipal, la cual fueron analizadas en varias asambleas y consideramos que si bien, representaba un avance para el proceso de democratización, concluimos que requería algunas reformas, fue así como se elaboró el documento *Consejos Comunitarios de Planificación Pública (CCPP): tarea impostergable del movimiento comunitario*, en el cual nos preguntamos *¿Todo el Poder para el Pueblo, es esto posible?*

A este respecto, en la DCS-EC se consideró que las organizaciones comunitarias, no debían esperar que desde arriba, desde el gobierno, desde la Asamblea Nacional o desde la Alcaldía, dieran las pautas para ejercer nuestro derecho constitucional a la participación en la gestión pública. Era hora que el pueblo organizado continuara dando muestras de su poder creador y echar a andar a los Consejos Comunitarios y Parroquiales de Planificación. Si bien es cierto, que no estábamos de acuerdo con aspectos relevantes de la Ley de los CLPP y la manera antidemocrática como fueron elegidos la mayoría, de los consejeros, lo que se evidencia en la

[21] Ver el escenario II.II.6.- Las Miradas de la salud desde el pensamiento complejo en América Latina.

enorme cantidad de declaraciones de prensa nacional y regional, donde se exponen diversas opiniones de inconformidad de la manera como se eligieron los CLPP, por lo que fue de gran interés el considera el desarrollo político-organizativo de las comunidades, al asumir el reto, crear y consolidar los CCPP y CPPP (Ortunio Carrizalez, 2003).

Atendiendo estas consideraciones, la DCS-EC, en cuanto a los Comités de Salud, en relación a su concepción, valores y principios, no solo realizó la denuncia correspondiente, sino que a la vez se realizaron protestas con propuestas. En este sentido, otro aporte para el debate fue en relación a los comités de salud[22]. El año 2004, elaboré el documento *Los Comités de Salud: concepción, valores y principios para su organización.* En el cual establezco que estas deben ser organizaciones comunitarias, autónomas, democráticas y participativas, que respondan exclusivamente al interés de las comunidades y no a intereses particulares, político-partidistas, que no deben estar subordinadas a instituciones gubernamentales y privadas. Siendo su guía fundamental lo establecido en la CRBV (Ortunio Carrizalez, 2004 a).

---

[22] En Venezuela los Comités de salud tienen una tradición de lucha en defensa del derecho a la Salud mucho antes del proceso bolivariano, en el año 1983 existía en el estado Lara *La Unión de Comités de Salud (UCSAL),* la cual adquirió su personalidad jurídica en el año 1988 y que por su nivel de organización y lucha fue referencia nacional. Su concepción de los comités de salud es autonomista y emancipadora, *"nuestras acciones están orientadas no solo a la exigencia y procura de las mejoras en los servicios de salud, sino que principalmente están orientadas a la promoción y prevención de la salud, desde el ambiente, del mismo individuo y su comunidad, de forma integral, donde se consideren sus potencialidades y necesidades fundamentales como la alimentación, el empleo, la vivienda, la educación, la cultura, la recreación, el medio ambiente, etc.* El área formativa de esta organización se implementó a través del *Programa de Educación Comunitaria en Salud (PECES)*, el cual se fundamenta en la Educación Popular. Conocí a la *UCSAL* a través de uno de sus militantes, el compañero Edgar Medina (+), quien nos acompañó en las *1as Jornadas de Participación Comunitaria en Gestión de Salud de la Fundación Hospital Bucaral*, los días 17 y 18 de octubre de 1997 y estrechamos relaciones fraternas durante mucho tiempo e intercambiamos experiencias de participación popular en salud. Edgar fue el enlace para recibir en la comunidad La Carucieña, a los participantes de la cohorte del Curso Liderazgo Comunitario y Participación en Salud en el año 2001.
En el Estado Carabobo, igual que en el resto del país, se produjo una efervescencia popular, cuando se establece la Misión Barrio Adentro, lo que impulsó a la creación de comités de salud. En el Municipio Naguanagua, se creó la *Comisión Ampliada de Comités de Salud*, la cual de manera itinerante se reunía regularmente en distintas comunidades en asambleas denominadas *Convivencias*. Esta organización asume los principios de soberanía y autonomía de los comités de salud y entre otros objetivos realizaba contraloría social de la construcción de los centros de salud de Barrio Adentro. (Comisión Ampliada de Comités de Salud del Municipio Naguanagua, s/f). Uno de sus coordinadores era Eduardo Veloz, quien hoy es vocero del Consejo Presidencial del Poder Popular en Salud.

En el documento también se expone que los comités de salud deben analizar y comprender los determinantes sociales y políticos de las condiciones de vida de las comunidades, para actuar sobre estos y alcanzar cambios sociales positivos y de esta manera contribuir a la construcción de comunidades saludables. Por lo tanto, los comités de salud deben ser críticos y no receptores pasivos de decisiones gubernamentales que bajan verticalmente. El documento propone además, que estas organizaciones deben poseer personalidad jurídica, para que puedan postular sus voceros ante el CLPP de su municipio y para facilitar este registro se presentó un modelo de acta constitutiva (Ortunio Carrizalez, 2004 a).

Con la aprobación de la Ley de los Consejos Comunales en el año 2006, algunos comités de salud fueron subsumidos por estas organizaciones del poder popular, sin embargo, otros se mantuvieron independientes, por distintas razones. Con esta propuesta tuvimos diferencias -no antagónicas- con la Coordinación Regional de Barrio Adentro, con quienes siempre se trató de tener mejores relaciones, a pesar de su modelo bipartito de gestión (con dos coordinaciones, cubana y venezolana) y quienes defendían las "líneas" de los comités de salud, direccionada desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la Coordinación Nacional de la Misión Barrio Adentro; según nuestro parecer, esta es una suerte de "participación colaboracionista" tutelada desde el Estado o instrumentalizada, que se ha extendido hasta hoy y que afecta el desarrollo auto-determinado de estas organizaciones comunitarias.

Con el liderazgo del Presidente Hugo Chávez, el pueblo había madurado en el orden político y organizativo, lo que fue un factor determinante en la contención de sectores derechistas que apoyados por intereses foráneos, se oponían al proceso bolivariano. Para la DCS-EC, la participación protagónica del pueblo, es la savia que nutre la democracia, pero la participación popular no se prescribe, ni se decreta, sino que es la resultante de avances y retrocesos y es a partir de la acumulación de experiencias, de *aprender a participar*

participando y de extracción aprendizajes de estas experiencias, que se construyen teorías desde el seno del pueblo para la transformación social.

Sin embargo, existían muchos flancos todavía para seguir fortificando el andamiaje institucional político y jurídico de la naciente Democracia Participativa y Protagónica, uno de estos flancos de capital importancia era la carencia de debates sobre las experiencias de participación popular que brotaban día a día, por lo tanto la DCS-EC propone la realización de un foro permanente para el análisis y discusión sobre la fundamentación teórica del poder local para la consolidación del poder popular, como una manera de superar el activismo y voluntarismo (Ortunio Carrizalez, 2004 b). Esta propuesta se materializó con la realización de un foro-taller el 15 de octubre de 2005, con una nutrida participación de las comunidades (INSALUD, 2005). Este evento fue auspiciado por INSALUD durante la gestión del Dr. Carlos Olaizola, cuando Luis Felipe Acostas Carles era gobernador del estado Carabobo y en la cual tuve la posibilidad de incidir como asesor ad honorem y aprovechando las oportunidades (grietas o intersticios) que se abrían en el Estado, tal como ya lo habíamos discutido e internalizado como organización. El lema de este evento era *"Una Salto Adelante…Hacia el Nuevo Sistema Público Regional de Salud con Participación Comunitaria"*. Aun cuando la gestión fue muy efímera, tenía entre sus objetivos estratégicos contribuir al fortalecimiento de las organizaciones de participación comunitaria en salud (INSALUD, 2005). Considero que este objetivo se tradujo en lo concreto, en que las autoridades de esta institución en sus distintos niveles, al menos, fueron receptivas y dispuestas a ser interpeladas por las comunidades, en relación al curso de la gestión y al cumplimiento de los planes, programas y proyectos; lo que se realizó posteriormente en otro escenario para el debate político y de políticas públicas en salud denominado *Foro Constituyente Bolivariano de la Salud*, otra iniciativa nuestra, acompañada por distintas organizaciones comunitarias, gremios e instituciones públicas.

No obstante, debemos considerar, que las relaciones de las comunidades organizadas con los gobiernos no siempre han sido de distensión, la mayoría de las veces han primado las tensiones y rupturas, incluso con gobiernos estatales y municipales supuestamente afectos al proceso bolivariano, puesto que el poder potestas corrupto y fetichizado sigue cautivando a muchos gobernantes y funcionarios públicos y promueve una seudo participación popular, una participación domesticada, que sirva a sus intereses.

Debo recalcar, que la DCS-EC siempre procuró establecer las mejores relaciones con las instituciones gubernamentales y apostó por las necesarias transformaciones del Estado, para que éste realmente sirva a los intereses del pueblo, donde reside la soberanía. Lo cual no quiere decir, que debamos transigir ante decisiones de gobiernos de supuesto signo Bolivariano, en contra de los intereses de las comunidades. Fue así como denunciamos ante los medios de comunicación, las pretensiones del Gobernador Luis Felipe Acosta Carles, de privatizar la Maternidad "Dr. José María Vargas (Maternidad del Sur), a través de un convenio para su administración por una empresa privada, una medida tan neoliberal como la practicada por su antecesor en la gobernación Enrique Fernando Salas Feo (DCS,2006); asimismo, denunciamos el turbio proceso para la elección de los directores de la Unidades Administrativas Desconcentradas de los Hospitales .

En la misma perspectiva de avanzar en la ampliación y profundización de la participación popular en salud, el 02 de julio de 2006 iniciamos la convocatoria del *Foro Constituyente Bolivariano de la Salud (FCBS),* cual es un escenario para el debate político profundo, crítico y constructivo sobre las políticas públicas de salud en el estado Carabobo y es concebido como punto de encuentro para comunidades organizadas, sectores gubernamentales, político-partidistas, académicos e intelectuales, comprometidos con el Proceso Bolivariano. Su fin último, es propositivo para la construcción del Sistema Público Único de Salud que responda a las necesidades de la población y a la satisfacción de su derecho a la salud.

Desde el mes de Julio de 2006 hasta el mes de enero de 2008, se realizaron 18 foros, a partir del foro número 10, se acordó la realización de un foro el primer sábado del mes en la Coordinación Regional de Barrio Adentro y el otro foro, de manera itinerante en las comunidades previamente aprobadas en asamblea (FCBS, 2006).

Durante este lapso de tiempo, implementamos algunas herramientas de educomunicación popular, como el blog en Internet y un boletín informativo en cuyo anverso, la información estaba organizada a tres columnas, la central más ancha con una editorial, la izquierda contiene los nombres de las organizaciones asistentes al foro y la columna derecha con información general; el reverso contiene la descripción de la metodología aprobada para el debate y la transcripción de oficios entregados al Gobernador Luis Felipe Acosta Carles, al presidente de INSALUD, Ricardo Hernández Lanz y al Ministro Jesús Mantilla, oficios firmados por los asistentes a los foros. Conviene aclarar, que estos oficios nunca fueron respondidos, aun cuando siempre les recordamos con una coletilla, el artículo 51 de la CRBV, sobre la obligación del funcionario público de dar una respuesta oportuna y adecuada en materia de su competencia, ante una petición realizada por un ciudadano, funcionario que se expone a sanción o destitución, si viola este derecho.

Esta falta de respuesta, es algo natural en el funcionario público que protegido por la dura roca del burocratismo cómplice, hace gala de un poder político corrupto, el *poder potestas* fetichizado, que nos develó el filósofo NuestroAmericano, Enrique Dussel y con respecto a la sanción o destitución, establecida en la Carta Magna, lo que el pueblo observa siempre es todo lo contrario, ya que estos funcionarios generalmente son premiados con mejores cargos, aquí la sanción es moral y la lleva el pueblo en su memoria; como lo señala, otro filósofo nuestro americano, el boliviano Álvaro García Línera (2015), las clases populares no son tontas, en medio de engaños y herencias de dominación, el pueblo opta, escoge, aprende, conoce, decide y elige a unos gobernantes y a otros no; reafirma su confianza o revoca sus esperanzas.

Dicho lo anterior, es importante conocer de manera general, el eje discursivo de las editoriales de los boletines informativos antes referidos, ya que permite contextualizar los hechos que estaban aconteciendo a nivel nacional y estadal y la lectura de estos, que para ese entonces tenía el *Foro Constituyente Bolivariano de la Salud* (FCBS, 2006).

IV.3.2.-Boletines Informativos

IV.3.2.1.- Boletín Informativo N° 1 Año 1: Bienvenidos

El 1er Foro se realizó en el auditorio de la emblemática *Aldea Universitaria Hugo Chávez* en la parroquia Miguel Peña (antigua sede de la Central de Trabajadores de Venezuela, CTV-seccional Carabobo), con una numerosa asistencia en un ambiente de gran entusiasmo, camaradería y de ejercicio democrático. En esta asamblea fueron presentados los fundamentos políticos y conceptuales del foro y se aprobó el nombre de Foro, la metodología para el debate y su realización el primer y tercer domingo de cada mes.[23] Esta instancia de debate popular, responde a los intereses supremos del pueblo organizado en defensa del derecho a la salud, bajo los principios rectores de la CRBV: gratuidad, integralidad, universalidad y sobre todo promoción de la salud y prevención de las enfermedades . De su seno, deben surgir propuestas dirigidas al gobierno nacional y regional, para avanzar en la construcción del Sistema Público

[23] Por ser el 1er FCBS es importante mencionar las organizaciones comunitarias, gremios e instituciones públicas asistentes: Defensoría Comunitaria de la Salud, Asociación Comunitaria de Salud "Ambulatorio Miguel Franco", AsoMorro II, Comités de Salud de: Barrio Federación, Barrio La Luz, Barrio Oeste I, Barrio Trincheras, Barrio Unión I y II, Betancourt Infante, Chaguaramos II, La Concordia, El Socorro, El Trigal, Las Américas, Los Guayos, Urb. Malavé Villalba, José Regino Peña, Ricardo Urriera sector II, Ricardo Urriera sector V, Urb. Tacarigua, Urb. Las Villas, Contraloría Social "Salud y Vida", CTR Pueblo Libre, OCV Parcelamiento la Candelaria, Barrio Adentro, INSALUD, Junta Parroquial de Miguel Peña, Misión Sucre Aldea Tacarigua, IPASME, Sindicato de IDESA, FUNDIMECA, Sindicato de trabajadores de la Empresa Construcciones Médicas (INCOMED), Sindicato Único de Trabajadores de la Salud, ASOPRODENCO, UBE Trabajadores de la CHET.

de Salud, que responda a las necesidades sociales de la población , para el logro de mejores condiciones de vida.

IV.3.2.1.- Boletín Informativo N° 2 Año 1: *Ahora el Pueblo tiene la Palabra*

Constituyen un aprendizaje, las nuevas relaciones entre los funcionarios públicos y el pueblo, las cuales deben darse en un ambiente constructivo, de respeto y tolerancia, primando siempre el interés colectivo. En estos términos, se dio el diálogo entre la gerencia de INSALUD integrada por Carlos Olaizola, presidente: Aleida Rivas, vicepresidenta, Zoraida Nuñez, directora de servicios externos y Jesús Urbina, director de docencia e investigación, quienes expusieron los planes, programas y proyectos, así como las principales dificultades de la gestión.

Existe insatisfacción popular con la prestación de servicios de salud y con la estructura jurídica de INSALUD como fundación. El pueblo habló con su palabra directa y las autoridades expusieron sus argumentos sin la prepotencia y arrogancia de la INSALUD del gobierno de los Salas. Se trata de crecer con la crítica constructiva y la autocrítica como valores fundamentales del socialismo en lo pequeñito que se construye día a día. El exhorto del pueblo, es que los funcionarios públicos abran sin miedo, los canales de participación.

IV.3.2.2.-Boletín Informativo N° 3 Año 1*: Incorpórate al Foro Constituyente Bolivariano de la Salud (FCBS)*

Aun cuando todavía existen algunos funcionarios públicos, que siguen atados a las viejas prácticas de la cuarta república, promoviendo el burocratismo y la corrupción y de otros

que con actitud pusilánime no marchan al ritmo sostenido que requiere la democracia revolucionaria; el pueblo debe organizarse mejor día a día y exigir sus espacios de participación en las decisiones de las políticas públicas.

Se debate la necesidad de realizar cambios estatutarios de INSALUD, que pongan a esta institución en sintonía con la CRBV y siente las bases para la transición a una nueva institucionalidad. Nuevos vientos soplan y el vocablo "participación" fue rescatado por el proceso bolivariano, para re-significar como corresponsabilidad, solidaridad y compromiso con las futuras generaciones.

IV.3.2.3.- Boletín Informativo N° 4 Año 1: *Defendamos los logros de la Revolución.*

Se arriba al 5to foro, reafirmando la necesidad de seguir impulsando la formación política-ideológica del pueblo, a través del debate democrático de los distintos temas relacionados con la salud como derecho social. Estando claros, que no es fácil provocar un cambio de cultura de la no participación impuesta en la cuarta república, cuando *"se nariceaba al pueblo"*, práctica que desafortunadamente siguen aplicando algunos líderes, quienes dicen estar de este lado. Se deben defender los logros del proceso bolivariano, en cuanto a construcción y dotación a lo largo y ancho de la geografía nacional de los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI), Centros de Alta Tecnología (CAT), Clínicas Populares (Hospital de Mariara), Consultorios Populares, el Cardiológico Infantil, centro de referencia nacional e internacional; igualmente, las obras de infraestructura como la red ferrocarrilera, segundo puente sobre el río Orinoco, represas, entre otros. Además, debemos resaltar el proceso de inclusión y cohesión social con las misiones educativas, en las que miles de venezolanos abrigan esperanzas de tener una vida mejor. Así que la consigna de

hoy, es la unidad de los revolucionarios para la defensa de las conquistas políticas y sociales. ¡Este proceso de cambios es irreversible, porque está en manos del pueblo!.

IV.3.2.4.-Boletín Informativo N° 5 Año 1: *En Carabobo con el FCBS avancemos en la construcción del Socialismo Bolivariano.*

Este foro fue realizado en enero del 2007, con una nutrida asistencia, signo del interés creciente del pueblo organizado en participar. Se exhortó a las nuevas autoridades de INSALUD, Presidente Cnel Ricardo Hernández Lanz y Vicepresidente Manuel Mérida, asistir a los próximos foros y se les entregó oficios ya previamente consignados en la gobernación del estado, las cuales no fueron respondidas por el gobernador Acosta Carles. En este foro se debatió la necesidad de realizar cambios en la estructura organizativa y funcional de INSALUD y en concreto se propuso la incorporación de 08 voceros del FCBS ante la junta administradora de esta institución, con voz y voto y la eliminación de la dieta a los miembros de esta junta. Además, se propuso que a partir del próximo foro, se agenda la discusión para la creación de los Consejos Populares de Salud en cada parroquia o distrito sanitario para abordar los problemas particulares de estos territorios administrativos.

.

IV.3.2.5.-Boletín Informativo N° 6 Año 2: *Consejos Populares de Salud: propuesta para la discusión.*

En el marco del proceso bolivariano y siendo la explosión del poder comunal, uno de los cinco motores señalados por el Presidente Hugo Chávez Frías, para sentar las bases del nuevo Estado, el décimo primer foro realizado el 03 de febrero de 2007, acordó la necesidad de debatir la creación de los Consejos Populares de Salud en el estado Carabobo, la cual está expuesta en los distintos anteproyectos de Ley de Salud que se han presentado en la Asamblea Nacional. Aspiramos que esta instancia de participación, exprese una nueva relación Estado-Sociedad en donde el protagonismo de las comunidades, no sea apabullado por el quietismo y conservadurismo burocrático de las actuales instituciones públicas de salud, cuyo pesado lastre cargamos de la cuarta república. Con la aceleración del proceso constituyente, no podemos esperar la aprobación de la nueva Ley de Salud, para impulsar nuevas formas organizativas avanzadas. Sabemos, que aún hay funcionarios públicos que buscan cualquier justificación, para eludir ser interpelados "cara a cara" por las comunidades organizadas, para escuchar los graves problemas de salud que les afectan. En este boletín, se transcribe el oficio enviado al presidente de INSALUD Cnel. Ricardo Hernández Lanz, con varios documentos anexos, para el cual no hubo respuesta.

IV.3.2.6.-Boletín Informativo N° 7 Año 2*: Hora de definiciones y compromiso revolucionario.*

Las misiones sociales han sido un gran esfuerzo del gobierno bolivariano para ir superando las profundas desigualdades sociales a la que fue sumida la población durante la falsa democracia de la cuarta república. Si bien se reconoce el despliegue a nivel nacional de la Misión Barrio Adentro, no vemos en Carabobo ninguna acción de coordinación de las distintas instituciones de salud: Barrio Adentro, IVSS, INSALUD, Alcaldías, entre otras, para hacer más eficaz y eficiente el cumplimiento de las políticas públicas de salud. Lo que observamos con frecuencia, son los operativos médico-asistenciales, aislados y efectistas, al viejo estilo de la cuarta república. En Carabobo persiste la crisis del sector salud y las desigualdades e inequidades en la distribución de los centros de salud; en algunos municipios tienen algunos a menos de 100 metros y mientras en otras comunidades no cuentan con ninguno. Esta situación se agudiza, por la falta de médicos en algunos municipios, como es el caso del Municipio Carlos Arvelo, uno de los de peores condiciones de vida. Esperamos la definición y compromiso revolucionario de los médicos que está formando la revolución para servir al pueblo.

IV.3.2.7.-Boletín Informativo N° 8 Año 2: *Vigilancia Revolucionaria y Ofensiva del Poder Popular.*

El año 2008 es un año de nuevos retos para la consolidación de la revolución bolivariana, después del revés del 2-D, no es tiempo de dudas y desánimo, en diez años del

proceso bolivariano, el pueblo ha dado muestras de sacrificios y tenacidad. Por otro lado, la oposición sigue con su agenda desestabilizadora planificada y coordinada por sus amos del norte, el veneno mediático destila día a día y, ya han comenzado los ataques arteros en contra de los sectores aún vulnerables, como salud, seguridad y alimentación. ¿Qué hacer? Debemos activar planes de acción conjuntos de todas las organizaciones sociales y políticas. En cuanto a los funcionarios públicos ambiguos y pusilánimes, muchos incapaces, ineptos e ineficientes, debemos exigirles mayor compromiso y a aquellos compañeros que están en cargos gerenciales y son aliados, hay que darles el más contundente apoyo y defender la continuidad de su gestión, ante "las movidas de mata" que vienen desde arriba, de la mano de funcionarios camaleones. Es por ello, que en el foro insistimos en la creación de los Consejos Populares de Salud, para la participación en todos los niveles de la gestión pública en salud y que sean los consejos quienes decidan, de acuerdo a su contraloría social, quién se queda y quién se va.

En el reverso de este último boletín informativo emitido por el FCBS, se transcribe un oficio enviado al ministro del Poder Popular para la Salud Tte Cnel. Jesús Mantilla, donde se le informa la creación del Consejo Popular de Salud del Municipio Carlos Arvelo y además se denuncia el grave déficit de médicos en el municipio y la insensibilidad de los Médicos Generales Integrales ante este problema. El municipio Carlos Arvelo presenta los peores indicadores de salud del estado Carabobo. Este oficio tampoco fue respondido por el ministerio.

IV.4.- Foro Constituyente Bolivariano de la Salud (FCBS) ¿De qué Participación Popular hablamos?

Como iniciativa política de la DCS-EC, surge el Foro Constituyente Bolivariano de la Salud, como respuesta a la necesidad de profundizar en el debate sobre la participación popular

en salud en el estado Carabobo y fue acogida con beneplácito por una diversidad de organizaciones comunitarias, gremios, instituciones e individualidades. No es difícil comprender que sobre la participación popular en salud, heredamos del modelo político democrático representativo, la concepción del *pedir popular,* de hacer el mandado del Estado, de aceptar sin chistar lo que venga de arriba, una participación instrumentalizada, utilitaria, domesticada al servicio del clientelismo del poder *potestas* fetichizado o corrupto.

Debemos considerar entonces, que ante tantas y dramáticas necesidades de atención de enfermos de las catacumbas del pueblo, la cual constituye una inmensurable deuda social, es imposible trascender con un salto de conciencia de un *pedir popular* culturalmente enraizado, al poder popular, un camino que es largo y tortuoso.

Ahora bien, cuando logramos conquistar espacios o emerger a través de los intersticios o grietas que se abren en el Estado, donde se impulsa la participación popular emancipadora, se crean una nueva correlación de fuerzas, movilizadora por una nueva forma estatal de democratización social, que dependerá de la capacidad de los subalternizados para sostener y defender en las calles y en las instituciones, la participación en la gestión de lo común (García Linera, 2015). En virtud de lo cual, desde la experiencia de la DCS-HUAL, aprendimos que sí es posible defender desde la institución los bienes comunes que son del pueblo, cuando este asume conscientemente un proceso genuino de participación popular.

El FCBS tuvo como objetivo central, la lucha por la defensa y profundización del modelo de Democracia Participativa y Protagónica nacida de la CRBV y por ende se sumó con su diversidad de actores sociales, al apoyo militante del proceso bolivariano liderado por el Presidente Hugo Chávez Frías. De modo que se trata de ayudar a edificar una democracia substantiva, de contenido y no solo de forma, que es una condición necesaria, aunque no suficiente, para la salud de los pueblos. No la democracia parlamentaria desvitalizada y esclerosada, sino la Democracia Participativa, la cual debe inventarse a partir de las

experiencias locales y que sea capaz incluso de discutir problemas nacionales e incluso planetarios, que revitalice el espíritu de comunidad, solidaridad y responsabilidad y regenere el civismo, donde fermentan tantas buenas voluntades infrautilizadas (Morín, 2011). Estas reflexiones de Morín, en su Vía de la Humanidad, nos evocan, a la sencilla pero profunda sentencia de Simón Rodríguez *"No hay república, sin ciudadanos",* que impregnó seguramente a su mejor discípulo El Libertador Simón Bolívar cuando en 1819 en uno de sus memorables discursos, en el Congreso de Angostura propuso la necesidad de crear otro poder en el Estado, el Poder Moral.

Para Morín (2011) la revitalización de la Democracia Participativa es imperativo de la política de la humanidad, bajo el concepto de Tierra-Patria, que lejos de anular las patrias singulares, las integraría en una gran patria común, que resguarde la diversidad cultural y nacional y la unidad/diversidad humana. Globalizar y desglobalizar, localizar y relocalizar, sugiriendo que los problemas planetarios deben formar parte de la reflexión y del debate local.

IV.5.- Escuelas Saludables: Espacios para la promoción de la salud

La estrategia de convertir a las escuelas en espacios para la promoción de la salud, es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud del año 1995 y depende para su implementación de la acción sinérgica de una trilogía formada por escuela, familia y comunidad. En esta estrategia, nos vimos reflejados e inmediatamente la asumimos como uno de los objetivos de la DCS-EC, que nos permiten ampliar nuestro rango de acción comunitaria, al vincularnos a una de las instituciones de mayor reconocimiento social y que tiene presencia hasta en las comunidades más alejadas de los centros urbanos. Además es un espacio donde se puede implementar el enfoque de salud que defendemos, como derecho social y buen vivir,

producto múltiples determinaciones sociales, tal como lo señala la corriente NuestroAmericana de Salud Colectiva (Ortunio Carrizalez, 2004 c; Ortunio Carrizalez, 2006).

La escuela siempre ha constituido un espacio, que ha sido utilizado por las comunidades como centro para reuniones y asambleas comunitarias, para atención de sus problemas. Este importante papel de la escuela como colaboradora de las comunidades, fue reafirmado y extendido por el gobierno bolivariano como política de Estado, a través de la Dirección General Sectorial del Desarrollo Educativo, en correspondencia con los lineamientos, planes y programas del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (2003), donde se promueve la transformación de la escuela como un centro del quehacer comunitario en aras de fortalecer en sus capacidades sociopolíticas comprometidas en los procesos constructivos de la nueva sociedad (Fuenmayor de González y Salas de Molina, 2008).

Debemos referir en este sentido, que durante mi gestión como director del HUAL, acudí a varios centros educativos del Municipio Naguanagua, a compartir con las comunidades las experiencias y logros de la gestión. Sirva de ejemplo, la invitación que me hizo la DCS-HUAL y la Asociación Comunitaria de Salud (ACS) para rendir cuentas de los primeros cinco meses de gestión, actividad realizada en la Escuela Nacional Bárbula de la Urbanización Santa Eduvigis el 10 de febrero de 2000, a cuatro días de mi destitución (DCS-HUAL-ACS, 2000). Así pues, en el estado Carabobo fue la comunidad organizada a través de la DCS-EC, la que se convirtió en la gran propulsora de este programa de salud, durante la gestión del Dr. Carlos Olaizola en INSALUD en el año 2005, en el gobierno del General Luis Felipe Acosta Carles, la cual fue referida anteriormente y en donde participé como asesor ad honorem. Estando convencidos del enfoque de salud como proceso de construcción colectiva para el Buen Vivir y de la necesaria acción intersectorial, se logró un gran impulso a las escuelas saludables, con la creación de la *Comisión Promotora del Programa Regional de Escuelas por la Salud (COPPRES).*

La comisión estuvo conformada por representantes de la Zona Educativa, dependiente del gobierno nacional, Secretaría de Educación dependiente del gobierno estadal, INSALUD y la DCS-EC. Esta comisión intersectorial se formalizó con la firma de un acta compromiso, en la cual se reafirmaba la participación popular, como eje vertebrador del programa. Cabe resaltar que a partir de este momento, INSALUD creó la Coordinación de Escuelas Saludables, adscrita a la Dirección de Programas de Salud.

La *COPPRES* realizó numerosas actividades de promoción de la salud y prevención, apoyándose en los Núcleos de Escuelas por la Salud integrados por la trilogía escuela, familia y comunidad. Se realizaron jornadas municipales y la jornada estadal de escuelas saludables y como reconocimiento por los avances de este programa en el estado, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, seleccionó al estado Carabobo, para la realización del Primer Encuentro Nacional de Escuelas Promotoras de la Salud. Asimismo, debido a mi actividad docente universitaria, se realizaron actividades de docencia, investigación y extensión en el marco de este programa. Las escuelas como espacios para la promoción de la salud y la prevención, fue parte del contenido del *Curso Liderazgo Comunitario y Participación en Salud*, para que se ejecutara como proyecto comunitario.

IV.6.- Educomunicación Popular en Salud

La DCS-EC siempre estuvo convencida de la importancia de la formación de sus militantes y de las comunidades y de la difusión de las actividades. Cada reunión y cada asamblea, donde se respetaba el derecho de palabra, la opinión del otro y los consensos o acuerdos mayoritarios a los que se arribaba, constituían un aula viva de democracia participativa.

Además, como ya lo había mencionado antes, mi condición de Director de Extensión y Servicios a la Comunidad de la FCS-UC, significó una gran oportunidad para el proceso formativo de los militantes de la Defensoría con la implementación del *Curso Liderazgo Comunitario y Participación en Salud* (FCS,2001), con un enfoque de la Educomunicación Popular que estimula el pensamiento crítico y liberador, en el cual se hizo énfasis en la importancia de adquirir habilidades para la utilización de las Tecnologías de Información y Comunicación e Internet, como medios de apoyo para la formación, organización y movilización popular. Lo que en estos tiempos facilita la comprensión de los procesos globales, desde los espacios locales, que coadyuve en la conciencia de la sociedad-mundo, de la Tierra-Patria enunciada por Morín (2011).

En esta perspectiva educomunicativa creadora y emancipadora, nos propusimos desarrollar distintos medios factibles, tales como: comunicados, boletines informativos, carteleras, murales, blog en Internet y programas radiales. Dentro de estos, vale destacar un evento que despertó mucho entusiasmo en los comités de salud, como fue el *Primer Festival de Murales Comunitarios por el Día Mundial de la Salud 2005*[24] alusivo a la salud materno-infantil, cuyo lema propuestos por la OMS era *"Cada Madre y Cada Niño Contarán",* en este festival participaron comités de salud de los municipios Valencia, Naguanagua, Los Guayos, Guacara y Puerto Cabello, siendo premiados los tres primeros lugares; los premios fueron donados por instituciones públicas y empresas privadas.

[24] En este *Primer Festival de Murales Comunitario*s participaron 11 comités de salud: Valencia (3), Naguanagua (3), Los Guayos (3), Guacara (1) y Puerto Cabello (1). El jurado evaluador estuvo integrado por: Edgar González , coordinador de cultura de la FCS- UC, Lidio Rodrigo, jefa del Departamento de Artes Visuales de la Dirección de Cultura de la UC y Fanny Barrios de la Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad de la UC. Los premios se entregaron el domingo 17 de abril de 2005 en la Unidad Educativa "Monseñor Adam", en el marco de la VIII Convivencia de Comités de Salud del Municipio Naguanagua.

IV.7.- Programas Radiales

La DCS-EC produjo dos programas radiales, que salieron al aire por la radio comunitaria *"Voz Comunitaria 103.5 FM"*[25], los programas eran *"Saludablemente"* y *"Construyendo Poder Local",* el primero trataba temas de educación popular sobre la promoción de la salud y la prevención y el segundo sobre organización comunitaria y la participación popular en salud[26] (DCS-EC, 2004 b). Estos programas se basaban en el enfoque de la educomunicación popular de Mario Kaplún, cuya reflexión-praxis, está sustentada en el pensamiento de Paulo Freire, en la cual no se busca reproducir acríticamente el modelo de los medios masivos hegemónicos; al contrario se busca otra forma de comunicación participativa, problematizadora, personalizante, interpelante, en cuya praxis se construyen alternativas para abrir la doble vía en la calle ancha de la comunicación, en las que mucha gente pudieran circular por ella, luchando por un mundo en el que quepan todos los mundos, especialmente los mundos de los excluidos (Martínez, Salanova, s.f; Kaplún, 2002, Kaplún,2005).

Asumí la producción y moderación de los dos programas, acompañado en la moderación del programa *"Saludablemente"* por la compañera Isabel Castillo y en el programa *"Construyendo Poder Local"*, por los compañeros Martín León y Wilmer Solano.

Era una época de efervescencia nacional de las radios comunitarias, la cual fue asumida por el Estado como política pública ante el bloqueo informativo de las grandes corporaciones mediáticas, durante los aciagos días del golpe de Estado del 11 de abril de 2002, paro petrolero y otras acciones desestabilizadoras posteriores. Esta valiosa experiencia, sirvió de base para el

---

[25] Esta radio estaba ubicada en el Módulo Comunitario del sector 3 de la Urbanización Santa Inés, parroquia Rafael Urdaneta, Valencia, estado Carabobo, en lo que hoy es el Centro de Diagnóstico Integral (CDI de Barrio Adentro), al lado del *Abasto Comunal "El Sur Existe"* de la *Comuna Ecosocialista "El Sur Existe"*.

[26] Este era un programa para el análisis, discusión y debate político sobre el proceso de organización y participación popular en la gestión pública. Contaba con tres secciones, sección A: Todo con la comunidad, nada sin la comunidad, la sección B: Cómo van los consejos locales y comunales de planificación pública y la sección C: Los poderes locales en América Latina y el Mundo (DCS-EC, 2004 c).

desarrollo unos años después de mi trabajo de maestría titulado "*Programa de Formación a Distancia de Promotores Comunitarios de Salud a través de la Radio"* y más recientemente de la radio digital "*Radio Salud Comunitaria"*, el cual gracias al vertiginoso desarrollo de las TIC, puede implementarse en multiplataforma, que lo hace más accesible, intuitivo e interactivo.

IV.8.- La DCS-EC y el Sistema Económico Social

La Constitución Nacional establece la promoción y respeto del derecho a la propiedad privada y además la promoción y protección de la economía popular y alternativa, artículos 112 y 118 respectivamente (CRBV, 2009). En un contexto sociopolítico que comenzaba a polarizarse y con una amplia mayoría popular esperanzada en los cambios, el Presidente Hugo Chávez Frías invitó a la formación de cooperativas; solo bastó su llamado, para que de manera aluvional comenzaran a crearse estas organizaciones y fue así como de 800 cooperativas que había en el país en el año 1998, se incrementaron a 104070 en el año 2006 (Díaz, 2006). Conviene precisar, que el crecimiento explosivo de estas organizaciones de economía social de vieja tradición en Venezuela, no se acompañó de una política educativa para las mismas, lo que influyó negativamente en el logro de objetivos de impacto social y económico para las comunidades (Díaz, 2006). A esto le agregaría, que en este boom inusitado de cooperativas, muchas eran popularmente llamadas *"cooperativas de maletín"*, las cuales nacieron a la sombra de la corrupción dentro del Estado.

La DCS-EC acogió con entusiasmo este llamado del Presidente y se vinculó temprano a diversas iniciativas que se estaban gestando para la promoción del cooperativismo,

participamos en talleres y eventos científicos[27], fuimos parte del equipo organizador del *Primer Encuentro Municipal de Cooperativas y Organizaciones de la Economía Social y Participativa*, realizado en el Municipio San Diego, el 27 de septiembre de 2003 y constituimos la *Cooperativa FARMACOM R.L*[28] (Farmacia Comunitaria) y con el comité de la salud de la Cumaca, creamos la *Cooperativa Ecoturística "La Corona del Rey"*.

Con la Farmacia Comunitaria, la Defensoría se planteaba contribuir a la atención de manera solidaria del problema del acceso a los medicamentos y ampliar las opciones con los productos naturales y suplementos nutricionales, utilizados en las terapias alternativas y complementarias. Además, propusimos el proyecto *Banco Solidario de Medicamentos* como alternativa para la donación solidaria de medicamentos y productos naturales, la cual funcionaba a través de Internet. En cuanto a la Cooperativa Ecoturística, la idea surgió a partir de tres caminatas que hicimos a La Cumaca en el Municipio San Diego, en el marco de la programación del Día Mundial de la Salud y con las cuales promovimos la importancia de la ecología para la preservación de la biodiversidad y lo saludable de un baño de bosque con familiares y amistades. Con estas organizaciones socio-productivas, también teníamos expectativas de lograr la auto-sustentabilidad de la Defensoría, e incluso la esperanza de obtener financiamiento de parte del Estado. Desafortunadamente, estas cooperativas solo formalizaron el registro y no lograron su funcionamiento, debido a la falta de experiencia en el desarrollo de emprendimientos de esa naturaleza; como bien lo dijo Diaz (2006), hubo falta de

---

27 *1a Jornada Venezolana de Organizaciones de Economía Social en el Sector Salud*. Universidad de los Andes (ULA), en estas jornadas, realizadas en Trujillo, presenté las siguientes ponencias: Curso de Liderazgo Comunitario y Participación en Salud (Ortunio Carrizalez, 2002 a) y Defensoría Comunitaria de la Salud: experiencia de Control Social en los Centros de Salud (Ortunio Carrizalez, 2002 b).

28 El objeto de esta cooperativa era la compra al mayor y venta al detal a precios accesibles para la población, de productos farmacéuticos en general (especialmente la denominación genérica), suplementos nutricionales, productos naturales, cosméticos, equipos y otros. Administrar programas sociales para la distribución de medicamentos esenciales y especiales. Asimismo, implementar programas de educación y comunicación en salud comunitaria para el uso racional y seguro de los medicamentos.

acompañamiento educativo debido a que la Superintendencia Nacional de Cooperativas (SUNACOOP) fue desbordada por el aluvión de cooperativas recién creadas.

En cuanto al *Banco Solidario de Medicamentos,* tampoco logró ejecutarse siendo la causa fundamental, la brecha digital que aún existía en la población; o sea, la falta de acceso y habilidades para el manejo de las TIC en aquel momento, ya que este proyecto dependía de la Internet. Vale aclarar, que el proyecto Infocentro para disminuir la brecha digital, sobre todo en los sectores populares más vulnerables, aún tenía muy baja cobertura nacional.

IV.9.- Consejos Populares de Salud

Esta forma de organización comunitaria de salud, se ha mencionado en diversos anteproyectos de ley del Sistema Público de Salud que circularon a nivel nacional; ley que aún no se ha aprobado, siendo una deuda pendiente por parte de la Asamblea Nacional. A pesar de este retraso legislativo, la DCS-EC dio un paso adelante y en el XI foro realizado el 03 de febrero de 2007, propusimos debatir la necesidad de la creación de los Consejos Populares de Salud en el estado Carabobo.

En aquel momento, el Municipio Carlos Arvelo era uno de los municipios con mayores niveles de pobreza y peores indicadores de mortalidad materna e infantil, además tenía un importante déficit de médicos (Ortunio Carrizalez, 2012 a; Ortunio Carrizalez, 2012 b). Por tal motivo, líderes comunitarios de este municipio denunciaron tal situación en el FCBS y tres meses después, el sábado 19 de mayo del mismo año, en el XVIII FCBS en una concurrida asamblea de ciudadanos realizada en la Casa de la Cultura de la parroquia Central Tacarigua, del Municipio Carlos Arvelo, se acordó la conformación del Consejo Popular de Salud de este municipio, el primero del estado Carabobo. A este acto concurrieron funcionarios de

INSALUD, Barrio Adentro, Junta Parroquial, Concejo Municipal y miembros de los comités de salud, consejos comunales y otras organizaciones comunitarias.

Esta denuncia hizo aflorar la desigual distribución de médicos de la red de Barrio Adentro, los cuales se concentraban en las poblaciones urbanas con mejores condiciones de vida. En Carabobo, se encontraban municipios con centros de salud, sean de INSALUD o de Barrio Adentro a menos de 100 metros de distancia, mientras que muchas comunidades suburbanas o rurales estaban totalmente carentes de estos; ante esta situación se esperaba la definición y mayor conciencia y compromiso revolucionario de los Médicos Integrales Comunitarios (MIC) y Médicos Generales Integrales (MGI) de la Misión Barrio Adentro (FCBS, 2007). Ante la falta de respuesta institucional de INSALUD, la Coordinación Regional de Barrio Adentro. y de la organización que agrupaba a los médicos comunitarios e integrales de Barrio Adentro, se decidió la movilización a la sede del MPP de la Salud en Caracas el 1° de agosto de 2007, para entregar un oficio al ministro y realizar un acto de denuncia en el área externa del edificio ministerial (CPS, 2007).

El surgimiento del CPS del Municipio Carlos Arvelo, nació sin permiso de la institucionalidad, como debe ser; ya que surgió de la indignación del pueblo organizado como soberano, ante las desigualdades de salud de una sociedad venezolana aún con profundas inequidades sociales. Es una expresión como tantas, donde el pueblo comienza a darle contenido real de participación y protagonismo a la democracia que ese mismo pueblo aprobó mayoritariamente en un referéndum constitucional. Ahora bien, este proceso de participación popular en salud, está en un proceso permanente de tensión con fuerzas que desde el Estado, usufructúan un poder fetichizado (Dussel, 2010).

Como señala Iturriza López (2012), Venezuela es un extraordinario laboratorio, una sociedad en ebullición que no se le puede pensar con cerebros quietos, en la cual emergen nuevas formas de subjetividad política, de múltiples singularidades que se manifiestan todos

los días y que inciden de manera constante en las relaciones de fuerza que atraviesan nuestra sociedad. Es así como, aquella propuesta del FCBS de crear los CPS en el año 2007 -aún cuando no se tuviera una nueva ley de salud- y que dio sus primeros frutos, con la creación del CPS del Municipio Carlos Arvelo, se va a cristalizar ampliamente 6 años después, cuando se abrió una nueva grieta en el Estado y tal como lo señala García Linera (2015) en los huecos de la dominación, en los intersticios del Estado y en su cotidiana incertidumbre de realización, surge la posibilidad de la emancipación;[29] en razón de lo cual, en septiembre del año 2013 realizamos el *1er Encuentro de la Red de Salud Colectiva (REDSACOL)* e impulsamos la creación del *Consejo Popular de Salud del Estado Carabobo* y los CPS municipales, esta constituye otra valiosa experiencia de facilitación de la participación popular en salud desde la gestión pública, que deberá ser sistematizada en su momento. A este respecto, es sabia la sentencia de que

[29] Efectivamente, en el año 2013 fui convocado por la nueva directiva de INSALUD del gobierno de Francisco Ameliach, a formar parte de la gestión en un cargo de alto nivel, como vicepresidente de servicios de salud. Para ese tiempo formaba parte del equipo coordinador del Colectivo *Complejo Cultural, Deportivo y Recreativo del Sur (CDR-SUR)* y era parlamentario ejecutivo de la *Comuna Ecosocialista "El Sur Existe"*. Conviene aclarar, que mientras estuve en funciones de gobierno en el estado Carabobo (2013-2017), cumplía paralelamente las actividades de militancia social y política en ambas organizaciones del poder popular, en las cuales también sufrimos el boicot desde el Estado, donde el *Poder Potestas* ha sabido camuflarse muy bien. Estas experiencias de participación popular duraron 10 años y corresponden a la etapa que va del 2008 al 2018 y quedarán pendientes para su sistematización en otro momento.

siempre hay que tener un pie en las catacumbas del pueblo y nunca conviene fiarse de los atajos de las superestructuras (Mazzeo citado por Iturriza López, 2022).

Con la creación del *Consejo Popular de Salud del Municipio Carlos Arvelo* y su movilización a la ciudad de Caracas en agosto de 2007, la Defensoría, concluyó la segunda y última etapa de su existencia como organización comunitaria. Nacida en el alba del proceso bolivariano, logró mantenerse muy activa, siempre -en el buen sentido zapatista- pensando-caminando, preguntando-caminando, resistiendo el mundo en que vivimos y al mismo tiempo creando el mundo que queremos ver (Holloway, 2011).

ESCENARIO V

APRENDIZAJES DE LA EXPERIENCIA Y PROPUESTAS TRANSFORMADORAS

"…la historia es la política de ayer y la política de hoy será la historia de mañana". Galasso, 2015.

"*Mucha gente pequeña, en espacios pequeños, haciendo cosas pequeñas, pueden cambiar el mundo".*
Eduardo Galeano

El pueblo, como categoría dusseliana, los oprimidos, los subordinados, los excluidos, los vulnerados en sus derechos sociales a la salud y a la participación, se asumió como sujeto histórico del proceso bolivariano que recién se estaba iniciando, organizándose para hacer letra viva, la Constitución Bolivariana que por primera vez había aprobado mayoritariamente, como modelo opuesto a la decadente y esclerosada democracia representativa puntifijista. Más aún, el discurso patriótico y esperanzador del Presidente Hugo Rafael Chávez Frías, quien tenía reconocidos dotes de educomunicador popular, tuvieron una resonancia cautivadora, sobre este pueblo de a pie, que le elevó su autoestima y se afirmó como bolivariano y chavista; en virtud de lo cual, comenzó a construir otra vía y a experimentar una suerte de metamorfosis y efervescencia creativa (Morin, 2011).

Es en este contexto de franca ebullición sociopolítica, que surge la *Defensoría Comunitaria de la Salud,* al calor de la participación popular *"aprendiendo a participar, participando"*. A este respecto es de destacar, que de la misma manera como estrenó y ejerció el mandato constitucional, para comenzar a darle contenido al nóvel modelo de Democracia Participativa y Protagónica para conquistar el derecho a la salud, en el forcejeo con el *poder potestas fetichizado*; también ejerció la democracia interna para subsanar sus diferencias, para

cohesionarse y ser más efectiva como organización popular autónoma y aplanada, con objetivos claramente definidos y mecanismos cada vez más democráticos para la toma de decisiones. De igual forma, comprendió que se pudo afirmar en sus poderes creadores, su dignidad, amor, esperanza y voluntad de vida, aprovechando las grietas de una institución de salud dominada por un poder fetichizado, que le permitieron conquistar victorias parciales, que forman parte de su inventario de aprendizajes situados[30], para avanzar en otras luchas por el derecho a la salud y la participación.

Es de especial importancia, que al auto reconocerse como pueblo soberano, *la Defensoría* supo identificar a los aliados que desde el Estado estaban a favor de sus intereses para ejercer la voluntad de vivir, de *Buen Vivir* y así comenzó a ejercer su derecho a la *participación popular en salud*, en el inequívoco sentido político, como actividad que promueve la producción, reproducción y aumento de la vida (Dussel, 2010). Conviene aclarar, que los aliados, son los funcionarios públicos que refiere Iturriza López (2016) en su libro *El Chavismo Salvaje,* aquellos que, en cualquier lugar que se encuentren o la posición que ocupen, luchan todos los días por no enamorarse del poder.

Además se debe subrayar, que en ese transitar pudo disfrutar/padecer a un Estado, que como la canción *Maestra Vida, "te da y te quita, te quita y te da*", dependiendo de los altibajos, de los flujos y reflujos de las correlaciones de fuerzas, que pueden generar o no, mediaciones institucionales para el desdoblamiento del *poder potentia* en *poder potestas* (Dussel, 2010).

---

[30] Sobre la denominación de *aprendizaje situado* existen diferentes intuiciones y teorías. No hay una significación unívoca, lo "situado" del aprendizaje hace referencia al principio básico de que la educación no es el producto de procesos cognoscitivos individuales sino de una constelación de elementos como: percepciones, significados, intenciones, interacciones, recursos y elecciones, que se establecen entre quien aprende y el entorno sociocultural en el que ejerce su acción o actividad. Se nutre de distintas aportaciones venidas de la filosofía del lenguaje, la antropología, la fenomenología, el constructivismo, la sociología del conocimiento, la etnometodología y la psicología cognitiva, que han corroborado la naturaleza social del conocimiento, en pleno desafío a la concepción cartesiana del mismo. ***Lo que aprendemos es, entonces, explicable sólo a partir de prácticas sociales.*** (Sagástegui, 2004).

Se comprendió a partir de la experiencia del HUAL, que el proceso bolivariano debe contar con cuadros gerenciales político-técnicos -el funcionariado aliado referido por Iturriza (2016)- comprometidos y dispuestos a acompañar y facilitar a las comunidades organizadas en los procesos de participación popular en salud y dispuestos a ser interpelados por estas, lo que permite avanzar y acelerar la ejecución de políticas públicas que beneficien al pueblo e incluso, la posibilidad de cuestionarlas.

Aun cuando, no conocía a la mayoría de los miembros de las comunidades que comenzaron a llegar al hospital después de mi declaración de prensa, logramos un rápido nivel de empatía y prontamente en las primeras reuniones pequeñas en la dirección y luego en las asambleas que plenaron el pasillo de la consulta externa, discutimos sobre el rol de las comunidades en el control social de la gestión. Estas actividades no se hicieron esperar, con mucha compromiso y responsabilidad, los compañeros asumieron su participación en el comité de compras, en la evaluación de obras civiles hechas por contratistas y en la recepción de reclamos y denuncias de pacientes y familiares; además, participaron con mucho entusiasmo en el trabajo voluntario, junto al equipo directivo del hospital para reparaciones menores y jardinería y comprendieron las ilegalidades que ocurrían en el concurso de los médicos para la realización de residencias asistenciales en distintas especialidades.

Ahora bien, el colectivo comunitario pudo apreciar la complejidad del proceso participativo en este hospital; sin embargo, la estrecha alianza lograda entre el director y su equipo con la comunidad y muchos trabajadores de la institución, fue clave en los avances logrados en tan poco tiempo. La gestión participativa y de puertas abiertas fue un hecho, el empoderamiento popular facilitado por la dirección, generó un chispazo, una luz que visibilizó a los excluidos que se empeñaron en conquistar su derecho a la salud, fue un fulgurante chispazo de participación popular que sorprendió a la inercia y al estado de cosas injusto que prevaleció durante mucho tiempo en este nosocomio. Aprendimos que sí es posible, una gestión pública

transparente, ampliamente democrática y participativa, cuando el funcionario responsable de la misma es un profesional y cuando es sobre todo un cuadro político-técnico comprometido con el proceso bolivariano; entendimos desde el principio, que no se trataba de gestionar un hospital, que al fin y cabo su esclerosada estructura funcionaba casi por inercia, para beneplácito del poder médico fetichizado y el burocratismo cómplice, quienes lo usufructuaron durante mucho tiempo, mi reto y compromiso ético-político de toda la vida, era gestionarlo *revolucionándolo*.

A este respecto, Iturriza López (2016) aconseja, que el funcionario no oficialista, debe colarse por los intersticios con habilidad, inteligencia, tino y audacia, aprovechando cada grieta, sorteando cada obstáculo, algunas veces de manera frontal y otras con mucha mano zurda. Pero a mi parecer, la emocionalidad del contexto nacional, el discurso del Presidente Chávez y sobre todo, la alegría del pueblo participando, nos embargó y *revolucionamos* la gestión, de manera acelerada y frontal.

Ocurrió entonces, que el reflujo del cambio de correlación de fuerzas llegó muy temprano, lo que fue también un aprendizaje amargo para todos. A cinco meses de una gestión exitosa y participativa y a 10 días de la inédita rendición pública de cuentas que se realizó en el pasillo al frente de la sede de la *Defensoría Comunitaria de la Salud*, ante los trabajadores de la institución y las comunidades, ocurrió la destitución. La pregunta que nos hicimos fue: *¿Por qué pasó esto, si estábamos revolucionando para bien el hospital?* Por supuesto, nunca fue respondida oficialmente, pero sí por unos médicos y un odontólogo, oficialistas: *"el director era un anarquista que manipulaba a las comunidades".* Un año después fue desalojada violentamente la *Defensoría* de su sede en hospital y se invisibiliza y acalló hasta el día de hoy, a ese *chavismo salvaje* que se atrevió a disputarle el poder al oficialismo, el cual empezaba muy temprano y con mucho éxito, a hacer mella al proceso bolivariano desde adentro junto al antichavismo visceral. No deja de sorprender la connivencia, la complicidad, lo bien que pueden

llegar a entenderse oficialismo y antichavismo visceral. Ambos, medran a costa del chavismo pueblo (Iturriza López, 2016).

Pasada esta etapa de la Defensoría, donde como dice Holloway (2011), el relámpago nos iluminó un mundo diferente y creado por poco tiempo, pero nos quedó la imagen del mundo que podemos crear (y lo hicimos durante 5 meses). En esta perspectiva, de seguir construyendo utopías concretas, avizorando ese mundo que podemos crear, iniciamos la segunda etapa de la Defensoría, ahora con un horizonte ampliado en objetivos y cobertura geográfica como *Defensoría Comunitaria de la Salud del Estado Carabobo.*

Es así como, un objetivo estratégico de la organización, fue el aprendizaje colectivo de la concepción de salud como *Buen Vivir*, como proceso histórico-social, influido por diversas determinaciones sociales de estructuras sociales inequitativas, depredadoras del hombre y la naturaleza. Enfatizando además, que nuestro eje de acción fundamental fue siempre el fortalecimiento de la participación popular en salud, desde organizaciones populares auto-determinadas, entendida la participación popular como espacio de disputa política para promover la producción, reproducción y aumento de la vida (Dussel, 2010). En consecuencia, todos los planes y proyectos que desarrollamos tenían el sentido de ser construidos desde y para la comunidad, de ahí nuestro lema: *"Todo con la Comunidad y Nada sin la Comunidad",* invocando siempre el artículo 84 de la Constitución Bolivariana. que nos otorga el derecho a la participación en la planificación, ejecución y control de las instituciones públicas de salud.

En correspondencia con lo mencionado, la Defensoría en los siete años de luchas de su ciclo vital, compartió distintos escenarios para el debate democrático con muchas organizaciones comunitarias, gremiales y otras, de donde se derivan innumerables oficios dirigidos a las máximas autoridades de las instituciones de todos los niveles de gobierno con solicitudes, reclamos y propuestas concretas, relacionadas con el derecho constitucional en la

gestión pública; muchos de los cuales hicimos públicos en los boletines informativos del *Foro Constituyente Bolivariano de la Salud (FCBS),* con la coletilla de "no respondida".

Desafortunadamente no contamos con registros audiovisuales de esos encuentros, lo que sí tenemos son las centenares de firmas en listas de asistencia, actas y los oficios nunca respondidos, evidencias claras, de un *oficialismo* dedicado a bloquear, ralentizar, sabotear e invisibilizar cualquier iniciativa venida del deleznable *chavismo salvaje*, ese que tanto les preocupa y molesta [31]. Si bien, estos documentos constituyen materia inerte engavetada, si acaso en algún despacho o seguramente lanzados a la basura; en nuestro criterio, representan alma, corazón, razón y esfuerzo de un pueblo exigiendo la atención a sus problemas prioritarios de salud y a la participación popular en la gestión pública. En consecuencia, estamos obligados ética y políticamente a darles vida, en la memoria de un pueblo insurgente, que además se visibiliza escribiendo su propia historia.

Estamos convencidos en este transitar de luchas, que el antídoto para este mal, que sin lugar a dudas, viene socavando al proceso bolivariano es una gran dosis de una democracia sincera, de alta intensidad. A este respecto, consideramos que la palabra la sigue teniendo la reserva moral del pueblo organizado que junto a profesionales e intelectuales orgánicos militantes de la corriente nuestroamericana de salud colectiva, impulsen el debate en las comunas y consejos comunales, buscando un mecanismo idóneo para incidir en la escogencia de los coordinadores de las *Áreas de Salud Integrales Comunitarias (ASIC)* y de las direcciones de los centros de salud centralizados y descentralizados de referencia estadal, incluso de la dirección regional de salud (INSALUD) y más allá aún, se debe retomar lo discutido en el

[31] El sociólogo y ex-ministro de cultura y de comunas Reinaldo Iturriza López, nos habla del *chavismo salvaje* como las multitudes largamente silenciadas en la Venezuela del siglo XX, en el que habita la flama de la rebelión nunca vencida que nos ha traído hasta acá, la incandescencia que habrá de guiarnos, para que no olvidemos que sin cambio revolucionario no hay horizonte. El destino de los invisibles que, con la revolución, mostraron sus rostros, pero fueron vueltos a invisibilizar; el de aquellos que jamás fueron escuchados, hasta que su voz tronó fuerte y clara, pero fueron silenciados nuevamente; en su destino se juega nuestro destino.

FCBS, en relación a las reforma estatutaria de esta institución, que permita la incorporación de voceros de las comunas en el directorio de esta institución; por su puesto, es importante advertir los sutiles mecanismos de cooptación que bien sabe utilizar el oficialismo y el antichavismo. En atención a lo cual, es importante que estas vocerías sean rotativas en un tiempo prudencial y que las comunas establezcan instrumentos idóneos para la auto-contraloría social de sus voceros.

En el misma perspectiva, para inyectarle democracia de alta intensidad[32] (De Sousa Santos, 2006) a la participación popular en salud, es importante retomar la experiencia del debate permanente sobre las políticas públicas de salud y para la interpelación de las autoridades de salud, como las del *Foro Constituyente Bolivariano de la Salud*, la cual tiene un metodología probada durante 18 encuentros. Del mismo modo, es importante que desde las comunas, se reactive la experiencia de los *Consejos Populares de Salud*, como instancias de participación en donde asistan los voceros de los *Comités de Gestión de Salud* (Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Movimientos Sociales, MPPCMS, 2012), y en cuya agenda se discutan los problemas de salud del territorio y se interpele a las autoridades locales de salud y se haga un balance de los planes, programas y proyectos. En este tópico es pertinente considerar, la importancia estratégica del manejo inteligente de la información para la planificación de la gestión comunal, nos referimos a la creación de las *Salas Situacionales de Salud y Buen Vivir*. Esto también tiene que ver, con el derecho de la comunidad a construir sus propios indicadores de salud y a recibir del Estado de manera veraz y oportuna, los indicadores sociales del territorio comunal; un escenario espinoso donde el poder popular debe disputar su derecho a la información. Tal como se expuso, la democratización de *"la información en*

[32] Tenemos que reinventar la demo-diversidad, actualmente el mercado económico y el mercado político se confunden. Con eso se naturaliza la corrupción, que es fundamental para mantener esta democracia de baja intensidad, porque naturaliza la distancia de los ciudadanos a la política: *"todos son corruptos", "los políticos son todos iguales"*, etc., lo cual es funcional al sistema para mantener a los ciudadanos apartados. Por ello la naturalización de la corrupción es un aspecto fundamental de este proceso.

salud", es un tema álgido que constituye un necesario escenario de confrontación con la salud pública oficial (Ortunio Carrizalez, 2012 c; Ortunio Carrizalez, 2012, d); en este sentido se señala, que el acceso a la información es uno de las condiciones necesarias para la participación democrática (De Sousa Santos, 2006).

En el mismo orden de ideas, respecto a la democratización de la información, se propuso utilizar ampliamente los recursos de la Tecnologías de la Información y Comunicación, para la difusión de esta sistematización de experiencias. En tal sentido, se elaborarán podcast con relatos de los protagonistas para la difusión por las redes sociales, además se podrán realizar foros y entrevistas para difundir por el blog de la *Red de Educación y Comunicación Popular en Salud "Simón y Paulo"* y por la radio digital *Radio Salud Comunitaria* afiliada a la red de radios comunitarias y software libre, ambos proyectos bajo mi coordinación y los cuales inicié hace cuatro años.

Ahora bien, acordamos retomar el contacto de los compañeros protagonistas de esta experiencia y hacer lo posible por contactar a los otros participantes e invitarlos a incorporarse a un proyecto que recién se está iniciando, denominado *Grupo de Intercambio Solidario "Salud es Buen Vivir",* integrado por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, agroecología, terapias complementarias, actividad física y salud, entre otros; cuyo objetivo es crear una amplia red de promotores comunitarios de salud, para atender de manera autogestionaria nuestras necesidades de promoción, prevención y atención en salud, con el enfoque de Buen Vivir haciendo énfasis en la alimentación saludable, el ejercicio físico y el equilibrio psicoemocional. Esta organización socio-productiva, junto a las Unidades Productivas Familiares (UPF) y las Empresas de Propiedad Social, están amparadas en la Ley Orgánica del Sistema Económico Comunal.

Dentro de este marco, merece destacarse como un gran aprendizaje y propuesta a la vez, que proviene del enfoque de *La Historia Insurgente*, en la cual se visibilizan a los

subalternizados, los excluidos, los postergados, los acallados, a aquellos a quienes se les niega el derecho a la salud y a la participación en la gestión pública en salud, en nombre de un sacralizado poder médico -fetichizado- aliado a un burocratismo usufructuario de un estado de cosas injusto y corrupto, que niega la voluntad de vida del pueblo. *La Historia Insurgente* le devuelve la palabra al pueblo quien debe contar y escribir su propia historia (Pellicer, 2020 y Carvajal, 2023);en tal sentido, consideramos que es muy útil la perspectiva de investigación emancipadora, participativa y crítico-interpretativa y la metodología de la Sistematización de Experiencias y las Narrativas Biográficas utilizada en esta tesis doctoral.

En esta misma línea de pensamiento, Sanz Hernández (2005), señala que los vectores individuo/colectividad interactúan fuertemente enlazados, siendo dos campos interdependientes en el documento de vida de los individuos, quienes participan en la acción histórica eligiendo o influyendo en la realidad que les circunda, a través del rol que ejercen y el poder que ostentan, o por las ideas, sentimientos o emociones que expresan. Es así como, dan la oportunidad de relatar sus propia trayectoria vital, a quienes vivieron y participaron en los acontecimientos de su vida cotidiana, o en los eventos históricos, pudiéndose incluso restablecer las contradicciones y ambigüedades de muchas situaciones socio-históricas.

Como manifesté en la introducción, la tesis doctoral recoge parte del continuum investigativo-académico y de accionar político y comunitario que he desarrollado desde hace muchos años, en un proceso de artesanía intelectual militante. Así pues, queda mi compromiso y reto, de seguir relatando con los compañeros con quienes compartí tantas luchas, el largo y tortuoso camino que hemos transitado juntos, para la superación del *Pedir Popular,* tan a la medida del poder fetichizado, por el *Poder Popular* que reclama hoy más que nunca, el proceso bolivariano y la democracia participativa y protagónica.

Convencidos como estamos, que los avances que ha logrado el *Poder Popular Politizado* en Salud, así como se lee, con las 3 P, ese que le aborrece y molesta al oficialismo

y al antichavismo. Estamos obligados ética y políticamente a no permitir, que sigan invisibilizada nuestra lucha social, y sea borrada la historia de un pueblo organizado, que se esforzó al enfrentarse a lo largo del camino tortuoso andado, llenos de zancadillas y traiciones, pero también pleno de momentos de alegrías y triunfos compartidos, de sueños y utopías que nos animan a seguir transitando, como nos enseñó el grande Eduardo Galeano. De ahí que, si las oligarquías construyeron su propia línea histórica, el pueblo organizado también tendría que crear y adueñarse de la suya, estudiando en el pasado los sucesos, hechos, hombres y mujeres que los representan (Carvajal, 2023). En esta línea de acción, surgió la propuesta de crear una biblioteca y centro de documentación, de la memoria de las luchas por el derecho a la salud; en relación a la biblioteca, planteamos la posibilidad de iniciarla con la donación de libros de la familia del compañero Martín León, quien falleció recientemente y fue activo militante de nuestra organización y en cuanto al centro de documentación, el mismo tendrá la custodia y resguardo, de los documentos escritos, hemerográficos y audiovisuales de las distintas experiencias de participación popular en salud de organizaciones comunitarias y de las comunas del estado Carabobo. Esta biblioteca y centro de documentación, además de ser un espacio para la consulta, promoverá actividades formativas y de investigación en Sistematización de Experiencias.

A lo largo y ancho de nuestra hermosa Matria/Patria Venezuela, muchos seguimos transitando el largo y tortuoso camino para consolidar el *Poder Popular en Salud* y construir colectivamente *el Buen Vivir, el Vivir Bien*, pero como nos aconseja el Comandante Chávez, debemos derrotar el maleficio de Sísifo, para que a esta nueva generación no le pase, lo que le paso al Libertador, cuya obra inmensa vio derrumbarse, por la traición, la felonía y el egoísmo de 1830 tendremos que armarnos de una visión jánica". Se refería al Dios Jano, aquel que, teniendo dos caras, podía mirar al pasado y al mismo tiempo al futuro. Y precisaba: *"En todas*

partes, seamos como Jano, no olvidemos ni perdamos de vista el proceso de dónde venimos y no perdamos de vista hacia dónde vamos" (Carvajal, 2023).

Para finalizar, merece destacarse como un gran aprendizaje y propuesta a la vez, que proviene del enfoque de *La Historia Insurgente*, en la cual se visibilizan a los subalternizados, los excluidos, los postergados, los acallados, a aquellos a quienes se les niega el derecho a la salud y a la participación en la gestión pública en salud, en nombre de un sacralizado poder médico -fetichizado- aliado a un burocratismo usufructuario de un estado de cosas injusto y corrupto, que niega la voluntad de vida del pueblo.

"Hoy día podemos convertir el mundo en un infierno; como ustedes saben, estamos en el buen camino para conseguirlo. También podemos transformarlo en todo lo contrario"

Herbert Marcuse

"La paciencia de la utopía es infinita"

Boaventura de Sousa Santos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alazraqui, M., Mota, E y Spinelli, H. (2006). *Sistemas de información en salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local.* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (12):2693-2702. https://bit.ly/4cgMXCI

Alonso, L. (2000, febrero 20). *Continúan las protestas en el Hospital Larralde por la destitución del director*. El Carabobeño. https://bit.ly/3IraiVn

Ávila Penagos, R.(2010). *La comprensión de lo social. Horizonte hermenéutico de las ciencias sociales.* https://bit.ly/3OuxXYr

Azzelini,D.(2012). *La construcción de dos lados: poder constituido y poder constituyente en Venezuela*. https://bit.ly/4aGIw3W

Balestrini Acuña, M.(1999). *El discurso médico en el capitalismo. Algunas de sus premisas constitutivas.* Bl Consultores Asociados. Servicio Editorial. Caracas.

Barnechea García, MM. y Morgan Tirado, M. (2010). *La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica.* https://bit.ly/4bmx8uy

Barragán Cordero, D. y Torres Carrillo, A. (2017). *La sistematización como investigación interpretativa crítica.* https://bit.ly/3J6vUH3

Biardeau, J. (19 de noviembre de 2009 a). *Forma/Partido: herramienta auxiliar de la multitud popular constituyente*. Recuperado el 21 de marzo de 2024 de https://bit.ly/4arYeiZ

Biardeau, J. (10 de agosto de 2009 b). *Once tesis contra hegemónicas sobre el nuevo socialismo.* Recuperado el 21 de marzo de 2024 de https://bit.ly/492NB4R

Biardeau, J (2011). *Comentario a la carta a las izquierdas de Boaventura De Sousa Santos*. https://bit.ly/4aYpJQY

Brea Castillo, M (2000, marzo 02). *FCU se opone a destitución de Ortunio Carrizalez.* Notitarde. https://bit.ly/3T0ToSI

Brea Castillo, M. (1999, 11 de septiembre). *El déficit presupuestario del Hospital Carabobo es de 470 millones de bolívares.* Notitarde. https://bit.ly/49wzlCs

Breilh, J. (1993). *Género, poder y salud.* Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.https://bit.ly/3xr2yAT

Breilh, J. (2009). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad.* (1ª ed. 3ª reimp.).Buenos Aires: Lugar Editorial.

Calzadilla Arreaza, P. (2010). *Simón Rodríguez. Pequeña antología pedagógica.* FUNDARTE.

Camacaro Gómez, D. y González Moreno, MC.(2010). *Desandando caminos…una trayectoria de participación y crecimiento en un consejo comunal de Aragua. En: De la Participación en Salud a la Construcción del Poder Popular. Experiencias para el Debate.* Johanna Levy & Miguel Malo (Editores). Maracay: IAES. https://bit.ly/4985YoZ

Carrillo Ochoa, J. (2010). *¿Qué hacer con los medios?.* Ediciones Protagoni, ca. Valencia.

Carvajal, V.(2023). *Historia Insurgente y la Era Bolivariana.* Centro de Estudios Simón Bolívar. Red de Historia Memoria y Patrimonio. Caracas. https://bit.ly/4bmastZ

Castillo, H.(2000, 04 de marzo). *Sin problemas funciona Hospital "Ángel Larralde"*. Notitarde. https://bit.ly/49UlcPb

Centro de Estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo (2000, 20 de marzo). *El centro de estudiantes eleva su voz de protesta por la destitución del Dr. Eduardo Ortunio* [Comunicado de prensa]. https://bit.ly/3TnKmR9

CEPEP (2010). *La sistematización de experiencias: un método para impulsar procesos emancipadores*. https://bit.ly/42UkteA

Chávez Frías, HR. (2013). *El libro azul.* Ediciones Correo del Orinoco. https://bit.ly/3SjqPka

Clocier, L.(2014). *Sistematización de experiencias, una práctica sentipensante para la transformación social*. https://bit.ly/4aClSJ0

Cohen, N y Gómez Rojas, G. (2019). Metodología de la investigación ¿para qué?. La producción de los datos y los diseños. https://bit.ly/4bsCAvP

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 5.908 Extraordinario de fecha 19 de febrero de 2009. https://bit.ly/4cDeijQ

CPS del Municipio Carlos Arvelo (2008). *Oficio entregado al MPP Salud.* https://bit.ly/3VASBKK

DCS-HUAL. (1999 a). *Oficio designación del Dr. Eduardo Ortunio Carrizalez, director del Hospital Univesitario "Dr. Ángel Larralde"*. https://bit.ly/3x5SRI4

DCS-HUAL. (1999 b). *Acta de inauguración de la sede de la Defensoría Comunitaria de la Salud*. https://bit.ly/3V91Y2B

DCS-ACS. (2000). *Rendición de cuentas de las gestión hospitalaria en la Comunidad Santa Eduviges, Municipio Naguanagua.* https://bit.ly/3wjlx01

DCS-HUAL (2000 a). *Acta constitutiva.* https://bit.ly/3wzZfH4

DCS-HUAl (2000 b). *Actas de denuncias por cobros ilegales a pacientes.* https://bit.ly/4e7NTex

DCS-HUAL (2000 c). *Carta abierta al presidente Chávez.* https://bit.ly/4cmylBR

DCS-EC (2002 a). *Reforma de Acta constitutiva.* https://bit.ly/3VyDboW

DCS-EC (2002 b). Reuniones del Consejo de Coordinación. https://bit.ly/4cEYwEh

DCS-EC (2003 a). *Logo y Carnet de la DCS-EC.* https://bit.ly/4ezr1EV

DCS-EC (2003 b). *Presentación de la DCS-EC ante las instituciones.* https://bit.ly/4ed7IkI

DCS-EC. (2004 a). *Consejos Comunitarios de Planificación Pública: tarea impostergable del movimiento comunitario.* https://bit.ly/4crJFwK

DCS-EC. (2004 b). *Oficio dirigido a la radio comunitaria "Voz Comunitaria 103.5 FM" solicitando espacios para los programas Saludablemente y Construyendo Poder Local.* https://bit.ly/3wuXHOI

DCS-EC.(2004c). *Estructura de los programas radiales "Saludablemente" y "Construyendo Poder Local".* https://bit.ly/3VcHRRj

DCS-EC.(2003 b). *Taller de Escuelas Saludables. Listado de Asistentes.* https://bit.ly/3VbSHs9

DCS-EC.(2005). *Tríptico del Día Mundial de la Salud 2005.* https://bit.ly/4aSluq8

DCS-EC. (2006, mayo 04)). *Desacuerdo con privatización de la Maternidad del Sur.* El Carabobeño. https://bit.ly/3UBgxgi

DCS-EC.(2007). *Reunión del Equipo Coordinador de la Defensoría Comunitaria de la Salud del Estado Carabobo.* https://bit.ly/3T7hACE

DCS-HUAL. (2000 b). *Contraloría Social. Cobros a pacientes.* https://bit.ly/3Tnw7vj

DCS-HUAL-ACS (2000). *Invitación al Dr. Eduardo Ortunio para rendición de cuentas de los cinco meses de gestión en la comunidad.* https://bit.ly/3wjlx01

Del Búfalo, E.(2011). *Adiós al socialismo.* Bid & co.Editor c.a . Caracas

De Negri Filho A, D'Elia Y, Castañeda M y Vega M (2002). El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud. Módulo I. Programa de educación permanente en salud y desarrollo social. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

De Nóbrega, A. (2000, febrero 16). *Tomado Hospital Carabobo.* La Calle. https://bit.ly/4bZELHN

De Sousa Minayo, M.C. (1997). *El desafío del conocimiento.* Lugar Editorial S.A.

De Sousa Santos, B.(2006). *Para una democracia de alta intensidad.* https://bit.ly/3QWItJe

De Sousa Santos, B. (2008). *Pensar el estado y la sociedad: desafíos actuales.* - 1a ed. - Buenos Aires : Waldhuter Editores. https://bit.ly/3vn1rRS

De Sousa Santos, B.(2011 a) Introducción:las epistemologías del sur. tps://bit.ly/4bPd3wv

De Sousa Santos, B (2011 b). *Carta a las izquierdas*. https://bit.ly/3x8ugCB

Despacho de la Presidencia de la República de Venezuela.(1999). *Comisión de enlace del Estado Carabobo*. https://bit.ly/3vBKSSj

Díaz, E. (2006). *Políticas públicas para la promoción de las cooperativas en Venezuela*. Revista de Economía Social; 6 (11), 149-183

Dussel, E.(2004). *Diálogo con John Holloway, sobre la interpelación ética, el poder, las instituciones y la estrategia política.* https://bit.ly/3VsjQqW

Dussel, E. (2010). *20 tesis de política*. Fundación Editorial El Perro y la Rana. https://bit.ly/49dck7h

Escalona, W. (2000, febrero 16). *Fue destituido el director del Hospital Carabobo.* https://bit.ly/3T4QrQO

El Troudi, H. (2005). *El salto adelante: la nueva etapa de la revolución bolivariana.* https://bit.ly/45u7wd0

Estedia, B. (2000, marzo 07). *Espero respuesta del presidente Chávez sobre mi destitución.* Notitarde. https://bit.ly/3V9uZNv

Evanis, E. (s.f). *Comunicación popular en el siglo XXI*. https://bit.ly/4aKdYO6

Fair, H.(2013). *La revolución democrática en el discurso de Hugo Chávez (1999-2002).* https://bit.ly/4c6wWjd

FCBS (2007). *Foro Constituyente Bolivariano de la Salud.* https://bit.ly/3VNF4zA

FCS.(2001). *Afiche del Curso de Liderazgo Comunitario y Participación en Salud.* Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad. https://bit.ly/49FbRLn

Federación Mëdica Venezolana (1985). Código de deontología médica. https://bit.ly/3KJ78h2

Fermín, A. (2000, febrero 23). *El Dr. Eduardo Ortunio trabajó con eficiencia como director del Hospital Ángel Larralde.* El Carabobeño. https://bit.ly/49z8DJC

Feo, O y Curcio, P. (2004). *La salud en el proceso constituyente venezolano.* Revista Cubana de Salud Pública, 30(2). https://bit.ly/43N79ta

FCBS.(2006). *Boletines informativos.* https://bit.ly/3VNF4zA

Foucault, M. (s/f). *La vida de los hombres infames. La Plata: Altamira.* [Libro en línea]. https://bit.ly/3VG39Ip

Fuenmayor de González, D.M y Salas de Molina, D. (2008). *La escuela como centro del quehacer comunitario.* Omnia, vol. 14, núm. 1, pp. 47 - 71 Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela. https://bit.ly/3wtBY9S

Granda E. (2004). *¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?* .Rev. Cubana Salud Pública; 30(2):0-0. https://bit.ly/45sdpXX

García Linera, Á. (2015). *Estado, Democracia y Socialismo*. https://bit.ly/49ki0vM

Gobierno Bolivariano de Venezuela. (2007). *Ciclo del poder comunal. Quinto motor explosión del poder comunal.*

Camacaro Gómez, D. y González Moreno, MC.(2010). *Desandando caminos…una trayectoria de participación y crecimiento en un consejo comunal de Aragua. En: De la Participación en Salud a la Construcción del Poder Popular. Experiencias para el Debate.* Johanna Levy & Miguel Malo (Editores). Maracay: IAES. https://bit.ly/4985YoZ

Grosfoguel, R.(s.f). *La Descolonización del Conocimiento: Diálogo Crítico entre la Visión Descolonial de Frantz Fanon y la Sociología Descolonial de Boaventura de Sousa Santos.* https://bit.ly/3PsOdtC

Heller, P.(2017). *Gramsci: Una lectura crítica de su legado teórico y político.* https://revistaedm.com/autor/pablo-heller/

Hernández Solis, AF. (2015). *El concepto "pueblo" en la obra de Dussel.* Analéctica, vol. 1, núm. 8. https://bit.ly/3z0lLtM

Herrera, JD.(2010). *La comprensión de lo social. Horizonte hermenéutico de las ciencias sociales.* https://bit.ly/3TJIrGz

Herrera, C.(2014). *Frases y pensamientos de Hugo Chávez "El Legado"*.Inversiones Primicias24.com C.A, Caracas

Holloway, J (30 de julio de 2011). *Doce tesis sobre el anti poder.* Recuperado el 21 de marzo de 2024 de https://bit.ly/3x1ApQt

Holloway, J (2011). *Agrietar el capitalismo.* https://bit.ly/45rgrvC

HUAL. (1999). *Actas del comité de compras e informe administrativo.* https://bit.ly/3Tk1jMd

HUAL. (2000 a) *Acta donde las comunidades se oponen a la destitución del director del hospital.* https://bit.ly/49rwjzr

HUAL. (2000 b). *Hospital revista guía*. Año 1 N° 1- julio-agosto. https://bit.ly/4aJDPX

INSALUD (2005). *Por el fortalecimiento del poder local, hacia la consolidación del poder popular*. Tríptico. https://bit.ly/44l1L0u

Iriart, C y Spinelli H. (1994). *La Cuestión Sanitaria en el Debate Modernidad-Posmodernidad.* Cad. Saúde Públ, Rio de Janeiro, 10 (4): 491-496. https://bit.ly/3z21tQN

Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A y Merhy E (2002). *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos.* Rev Panam Salud Publica; 12(2): 128-136. https://bit.ly/3KQaAGx

Iturriza López, R. (2012). *27 de febrero de 1989: interpretaciones y estrategias.* https://bit.ly/44FUEQx

Iturriza López, R. (2016). *El chavismo salvaje*. https://bit.ly/4axUe00

Iturriza López, R. (2022). *Con gente como esta es posible empezar de nuevo.* https://bit.ly/44JASU6

IVSS. (1999). *Oficio designación de Eduardo Ortunio Carrizalez como Director del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde".* https://bit.ly/3TkPq8M

Jara Holliday, O. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles.* https://bit.ly/3Oujf3F

Jiménez, M.(2000,febrero 27). *Médicos del Seguro Social respaldan designación de Gerardo Salas Avendaño.* El Carabobeño. https://bit.ly/3wDwNE1

Juliao Vargas, C. (2021). *El relato autobiográfico: narrar la experiencia como ejercicio de escritura de sí mismo y construcción social de la realidad.* Revista de filosofía, 78, 79-95. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-43602021000100079

Kaplún, M. (2002). *Una pedagogía de la comunicación (el comunicador popular).* La Habana. Editorial Caminos. https://bit.ly/4bziX4G

Kaplún,G. (2005). *La calle ancha de la comunicación latinoamericana.* https://bit.ly/4dCY9LK

Kosic, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto.* (Estudio de los problemas del hombre y del mundo). Editorial Grijalbo. https://bit.ly/3S2T990

Lander, E. (2000). *Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos. En: La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas.* Edgardo Lander (Comp.) CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. https://bit.ly/3Vql2er

Lander, E.(2004). *Venezuela: la búsqueda de un proyecto contrahegemónico.* https://bit.ly/4ab1Fec

Lanz, R. (2010). *Diez preguntas sobre transdisciplina.* AGORA Venezuela. ISSN 1316-7790-AÑO 13- N° 26 JULIO - DICIEMBRE - 2010. pp. 197-220.

León Uzcátegui, J.(2010). *Salud y Participación Popular: hacia una ciudadanía plena. En: De la Participación en Salud a la Construcción del Poder Popular. Experiencias para el Debate.* Johanna Levy & Miguel Malo (Editores). Maracay: IAES. https://bit.ly/4985YoZ

Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública.(2002). *Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37463.* https://bit.ly/3V9RboW

Ley de Reforma Parcial de la Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública.(2015). *Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6184 Extraordinario.* https://bit.ly/3X9TScN

Ley Plan de la Patria 2013-2019. Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2013-2019. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No 6.118 Extraordinario, 4 de diciembre de 2013.* https://bit.ly/4bRBEBj

Ley de universidades (1979). *Gaceta oficial No.1429,Extraordinario.* https://bit.ly/3XkHHtK

Lewit, A. y Wainer, L.(2014). *La Venezuela pactada: entre el Punto Fijo y el paquete neoliberal.* https://bit.ly/3QaZQWn

Linares, D. (2000, febrero 04). *Un modelo de gestión diferente: mejorados todos los servicios.* Notitarde. https://bit.ly/4bXyX1u

Liuzzo, M. (2019). *Participación ciudadana y política de la mujer venezolana: logros y desafíos.* Revista de Filosofía, Nº 93, 2019-3. https://bit.ly/4a5Rs2q

López, H. (2011). *Rebautizar América (IV Parte) Nuestra América y nuestroamericanos.* https://bit.ly/4cnWBU7

Manzoni Luz, M.(1995). *Historia oral: cuestiones metodológicas.* Entrevista a Marta Harneker. https://bit.ly/48n1b2A

Márquez, E. (1996, octubre 28). *Fundaciones públicas para gerenciar el sector salud.* Notitarde. https://bit.ly/3J0nQro

Martínez, O. (2021). *Maestro pueblo.* [Archivo de Vídeo].
Youtube. https://youtu.be/de_4nTCHtJs

Martínez-Salánova, E. (21/05/2011). *Educomunicación*. https://bit.ly/44ABN9g

Martínez-Salánova, E. (s.f). *Mario Kaplún pedagogo de la educomunicación popular.* https://bit.ly/3wxufYA

Méndez, M.(2000, abril 03). *Comunidades aportan iniciativas para mejorar condiciones de vida.* Tiempo Universitario. https://bit.ly/3wI7zob

MEPLA (2013). *Videos del Centro de Investigaciones Memoria Popular Latinoamericana.* https://bit.ly/4bNEirV

Mills, C.W (2009). *Sobre artesanía intelectual*.1ª ed. Buenos Aires. Lumen. https://bit.ly/4bHcFAF

Montoya, J. (2002). *Militantes del MVR tomaron violentamente sede de ONG*. Notitarde. https://bit.ly/3Pa3Kym

Morin, E. (1999 a). *Los siete saberes.* https://bit.ly/3XvTQfg

Morin, E. (1999 b). *Estamos en un Titanic*. https://bit.ly/3KMEMm9

Morin, E. (2011). *La vía para el futuro de la humanidad.* Madrid. Espasa Libros. https://bit.ly/3wt1b4s

Fuenmayor de González, Daisy Marina; Salas de Molina, Doris *La escuela como centro del quehacer comunitario.*

Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Movimientos Sociales (MPPCMS). (2012). *Ley Orgánica de las Comunas.* https://bit.ly/4atDG94

OPS. (1993).*La crisis de la salud pública*. Washington D.C: OPS/OMS.

Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A y Merhy E (2002). *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos.* Rev Panam Salud Publica; 12(2): 128-136. https://bit.ly/3KQaAGx

Obregón, D.(2000, febrero 16). *Protestan por destitución del Dr. Ortunio.* https://bit.ly/3UYjSH1

OPS (2010). *Salas de situación de salud: Compartiendo las experiencias de Brasil*. https://bit.ly/3VHbk79

Ortunio Carrizalez, E. Fonseca, K. Rada, L. y Bigott, C. (2002). *Liderazgo Comunitario y Participación en Salud*. Convención Internacional "Salud Pública 2002". La Habana, Cuba. Póster.

Ortunio Carrizalez, E. (2002 a). *Curso de Liderazgo Comunitario y Participación en Salud.* 1a Jornada Venezolana de Organizaciones de Economía Social en el Sector Salud. Universidad de los Andes (ULA).

Ortunio Carrizalez, E. (2002 b). *Defensoría Comunitaria de la Salud: experiencia de Control Social en los Centros de Salud.* 1a Jornada Venezolana de Organizaciones de Economía Social en el Sector Salud. Universidad de los Andes (ULA).

Ortunio Carrizalez, E. (2003). *Consejos Comunitarios de Planificación Pública (CCPP): Tarea impostergable del movimiento comunitario.* https://bit.ly/4c65IsZ

Ortunio Carrizalez, E.(2004 a). *Los Comités de Salud: concepción, valores y principios para su organización*. https://bit.ly/4aU0pMP

Ortunio Carrizalez, E.(2004 b). *Por el fortalecimiento del poder local, hacia la consolidación del poder popular.* https://bit.ly/4c65IsZ

Ortunio Carrizalez, E. (2004 c). *Programa de Escuelas Saludables en el estado Carabobo.* Congreso: Prevención y Atención de las Dificultades de Aprendizaje en el Contexto Escolar: una Visión Interdisciplinaria. Centro de Dificultades de Aprendizaje. CENDA. Ministerio de Educación Cultura y Deportes. Valencia. Carabobo.

Ortunio Carrizalez, E. (2006). *Programa de Escuelas por la Salud en el estado Carabobo.* Congreso Iberoamericano de Medicina y Salud Escolar y Universitaria. La Habana, Cuba.

Ortunio Carrizalez, E. (2009). *Las políticas de salud de Venezuela ante la globalización.* https://bit.ly/3zb3GZW

Ortunio Carrizalez, E (2012 a). *Tendencias y desigualdades territoriales de la mortalidad infantil y materna. estado Carabobo, periodo 1990-2007.* https://bit.ly/3WKqNV0

Ortunio Carrizalez, E (2012 b). *La Desigualdad territorial de la pobreza en el estado Carabobo.* XIX Jornadas Científicas Dr.Arnoldo Gabaldón 2.012.

Ortunio Carrizalez, E (2012 c). *Sala Situacional Comunitaria de Salud y Condiciones de Vida: Una Propuesta de Extensión Universitaria.* 8vo Congreso Internacional de Educación Superior. La Universidad por el Desarrollo Sostenible. La Habana, Cuba.

Ortunio Carrizalez, E y Maldonado, M. (2012). *Sala Situacional Comunitaria de Salud y Condiciones de Vida.* XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, XVIII Congreso Internacional de Políticas de Salud, VI Congreso de la Red Américas de Actores Locales de Salud. Piriápolis, Uruguay.

Ortunio Carrizalez, E. (2019). *Por una ñinguita se nos cae "El Hambre" en Vallecito*. https://bit.ly/3TOfcT2

Pellicer, LF (2020). *Historia Insurgente y descolonización de la memoria (Ensayo desde la mismedad).* Presente y Pasado. Revista de Historia. Universidad de Los Andes, Mérida. pp. 149-162. https://bit.ly/4aKSPDB

Proyecto Nacional Simón Bolívar. *Primer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2007-2013*. https://bit.ly/4emzrzw

Puerta, J. (2015). *Interpretar el horizonte. El sentido ético y político de la militancia.* CELARG, Caracas.

Quijano, A. (2000). *Colonialidad del poder y clasificación social.* journal of world-systems research, vi, 2, summer/fall 2000, 342-386.https://bit.ly/3PwVBV4

Radio América. *Entrevista realizada por Orel Zambrano sobre el conflicto del HUA*L. https://archive.org/details/entrevista-por-orel-zambrano-en-radio-america.-dcs-hual-feb-2000

Radio Salud Comunitaria (2002). https://archive.org/details/@radiosaludcomunitaria

Ramonet, I. (2008). *Las tres crisis*. https://bit.ly/3VIbvzm

Redacta (2000, febrero 16). *Destituido director del Hospital Ángel Larralde*:A pesar de las protestas. El Carabobeño: https://bit.ly/42YxSSS

Rodríguez Días, JA. (1981). *El poder médico desde la sociología*. https://bit.ly/3VA8RMl

Román Maldonado, C. (2020). *¿Qué es la sistematización de experiencias? Dr. José Darío Herrera.* [Video]. YouTube. https://youtu.be/8oyupzIh6nA

Rondón Tarchetti, R. (2000, febrero 20). *Continúan protestas en contra de destitución en Hospital Carabobo.* La Calle. https://bit.ly/3V0TRH9

s/a. ((2000,febrero 22). *Denuncian tinte político en destitución del director del Hospital "Angel Larralde".* https://bit.ly/3IopZwN

s/a. (2000, marzo 22). *No quieren ver ni oir.* El Espectador. https://bit.ly/3uU3psN

Sagástegui, D. (2004). *Una apuesta por la cultura: el aprendizaje situado.* https://bit.ly/44TkaC0

Samaja, Juan. (2004). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina.* Buenos Aires. Lugar Editorial.

Sánchez Sosa, G. (2010). *Un Médico Más Cercano al Hombre y a la Salud*.

San Martín Cantero, D. (2018). *¿Artesanía o cazador tras la huella?. Reflexiones para el análisis cualitativo de datos.* https://bit.ly/3SQoRGS

Sanz Hernández, A.(2005). *El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales.* https://bit.ly/3wxsSsg

Torres, RM. (2008). *Educación popular un encuentro con Paulo Freire*. Editorial laboratorio educativo Caracas.

Vargas, CJ (2021). *El relato autobiográfico: narrar la experiencia como ejercicio de escritura de sí mismo y construcción social de la realidad.* https://bit.ly/3VufrDO

Victoria C, Barros F, Vaughan P. (1992). *Epidemiología de la desigualdad.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud;(Serie PALTEX No. 27).

Villasana, P. (2010). *De Alma Ata a Barrio Adentro. Una aproximación al sentido histórico de las metamorfosis del discurso de la participación en salud en Venezuela. En: De la Participación en Salud a la Construcción del Poder Popular. Experiencias para el Debate.* Johanna Levy & Miguel Malo (Editores). Maracay: IAES. https://bit.ly/4985YoZ

Vivas, F (2011). *Las casas más sencillas.* https://bit.ly/4aDSG4N

ANEXOS

ANEXO A

Taller con el equipo de sistematización

Cielo Romero, Isabel Castillo, Jesús Monsalve, Lida Chaparro, Corina Torres y Beatriz Jiménez, en la casa de Corina Torres. Comunidad Brisas del Café. Naguanagua, estado Carabobo. Marzo, 2024

Taller con el equipo de sistematización

Cielo Romero, Jesús Monsalve, Isabel Castillo, , Lida Chaparro, Corina Torres y Carlos León en la casa de Aidee Carrizalez. Comunidad Brisas de González Plaza. Naguanagua, estado Carabobo, marzo, 2024

Taller con el equipo de sistematización: Inmaculada "Lala" Guerra y Armando Mujica. Comunidad La Luz, Naguanagua, estado Carabobo, abril 2024.

ANEXO B

INSTRUCTIVO DEL TALLER DE SISTEMATIZACIÓN

Participación Popular en Salud: Tensiones, Distensiones, Rupturas y Desafíos.
(Una Perspectiva Biográfico Narrativa y de Sistematización de Experiencias en el Estado Carabobo, 1990-2018).

Eduardo Ortunio Carrizalez. Coordinador del proyecto.

Celular: 0412-845-73-90. **Correo:** bveeortunio@gmail.com

Fecha: 12-03-2024.

Sistematización de la Experiencia de la Defensoría Comunitaria de la Salud (1999-2007)

I.- Información del proyecto y ruta metodológica

Apreciados/as y siempre recordados/as con mucho afecto, compañeros/as, amigos/as, hermano/as, cdas:

Después de bastante tiempo rondándome en la cabeza las ideas de sistematizar las diversas experiencias de luchas sociales que hemos compartido, he decidido montarme en este proyecto postergado. En el efímero tránsito físico que tenemos durante nuestras vidas, algunos optamos por la búsqueda de la asociatividad con los iguales, participando en acciones reivindicativas por derechos sociales, luchas políticas y anti status quo, que asumimos convencidos en su justeza para el logro del bien común. Estas acciones sociales implican esfuerzos, sacrificios, sueños compartidos, compañerismo, rupturas, indignación, derrotas y victorias, las cuales las más de las veces, se diluyen en el olvido y en el anonimato. Una autocrítica que siempre nos hemos hecho quienes nos involucramos a lo largo de nuestras vidas en las luchas sociales, es que no escribimos lo que hacemos, no lo sistematizamos y vaya que

hemos hecho cosas. Las prácticas sociales son un espacio privilegiado para la construcción del saber y el conocimiento, de manera que no se debe dejar perder la experiencia en la memoria de sus protagonistas.

Este trabajo investigativo puede representar un aporte para el debate permanente que debemos dar en el país, sobre todo en las comunidades, para la construcción de la democracia participativa y protagónica, que tantos enemigos externos e internos ha tenido desde 1999; solo respetando y preservando la memoria histórica del acumulado de las experiencias de las luchas del pueblo en el ejercicio soberano de su protagonismo, sus avances y retrocesos y sobre todo sus aprendizajes, permitirán trascender la elocuente retórica del *poder popular* -solo de la boca para afuera- de muchos funcionarios gubernamentales, que de la boca hacia adentro prefieren la vieja práctica clientelar del *pedir popular*. Este trabajo también constituye una homenaje a la memoria de valiosos/as compañeros/as con quienes transitamos estos caminos y que hoy no están físicamente con nosotros.

Vamos a sistematizar la experiencia de la ***Defensoría Comunitaria de la Salud***, la cual delimito entre 1999 y 2007. Para ello cuento con abundantes fuentes documentales: reseñas de prensa, comunicados, grabaciones, volantes, fotografías, actas constitutivas, entre otros; los cuales celosamente guardaba en mis archivos para darles utilidad cuando llegara el momento y por supuesto, espero contar con lo más importante que son los relatos de cada uno de ustedes como protagonistas y testigos de excepción, quienes apelarán como señalaba Borges a sus recuerdos personales de la realidad. Borges decía ***"mi relato será fiel a la realidad o, en todo caso, a mi recuerdo personal de la realidad, lo cual es lo mismo".***

1.- La Reconstrucción Ordenada de la Experiencia (ROE)

Comprende el relato de los momentos más resaltantes de la experiencia de manera cronológica, las actividades realizadas (qué se hizo, cómo se hizo, quiénes fueron los actores sociales, cuáles sus roles y los resultados). Además de apelar a nuestra memoria, es importante complementar -en lo posible- la información con fuentes documentales que ustedes dispongan: actas, fotografías, reseñas de prensa, audios, videos, informes, entre otros). En esta parte no debemos emitir juicios de valor, ni realizar un análisis crítico de las actividades, que se hará en la próxima parte. Obviamente, ustedes harán sus aportes de acuerdo a la etapa y los momentos en los cuales fueron protagonistas.

Les enviaré un documento borrador digital de lo que considero es la ROE con enlaces a las fuentes documentales: fotografías, reseñas de prensa, actas, informes, entre otras, y ustedes deberán hacer sus aportes, sugerencias y cambios que consideren a esta ROE y enviarme algún documento que tengan para complementar la información.

2.- Análisis e Interpretación Crítica de la Experiencia (AICE)

En esta parte se realizará un análisis crítico, de acuerdo a unas preguntas problematizadoras que les enviaré, partiendo del eje central de sistematización: Participación Popular en Salud y sus dimensiones: enfoque de salud; el poder y Estado; democracia participativa y protagónica; educación y comunicación popular y participación de la mujer. Este será un diálogo entre la teoría y la práctica.

3.- Aprendizajes que te dejó la experiencia, propuestas transformadoras que puedan ser aplicadas en el contexto actual y socialización de la Experiencia.

Describir los aprendizajes de la experiencia en función de las cinco dimensiones. En base a lo aprendido, hacer propuestas transformadoras para el contexto actual describir cómo hacerlas y quienes las ejecutarán y en cuanto a la socialización acordar mecanismos de difusión de la experiencia ya sistematizada.

III.- Agenda propuesta de los Talleres

1.- Saludos: besos, abrazos, café.

2.- Presentación del proyecto.

¿Por qué y para qué sistematizar experiencias de participación popular en salud?

3.- Presentación de la Reconstrucción Ordenada de la Experiencia (ROE)

Discusión y consensos. Respecto a la ROE que les envié, está basada en mi memoria y en gran parte de las fuentes documentales que revisé, la cual es voluminosa. Favor revisen y verifiquen si faltaron actividades, o si el orden cronológico hay que corregirlo, igualmente si están de acuerdo con los momentos en que dividí la 1a etapa de la DCS y si faltan los momentos en la 2da etapa

4.- Análisis crítico

Discusión y consensos. Partiendo del eje central de la sistematización que es la participación popular en salud, se realizará el análisis crítico desde cuatro dimensiones: concepción o enfoque de salud, poder y estado, democracia participativa y protagónica, educación popular. El análisis crítico se realizará a partir de algunas preguntas generadoras, ubicándonos al inicio en el contexto económico, social y político de la experiencia.

4.1.- El contexto

¿Cómo estaba el mundo, Venezuela, Carabobo y el hospital en los años 1999 al 2002, en lo político, económico y social? ¿En qué andabas tú?

4.2.- Dimensión. SALUD

Cuando participaste en la experiencia de la DCS, ¿qué entendías y cuál era tu concepción o enfoque de la SALUD?

¿Fue aventurero y osado que la comunidad se involucrara en la gestión hospitalaria, a sabiendas que en un hospital domina el poder médico?

¿La experiencia de lucha en el hospital, la veías como una actividad reivindicativa, desvinculada del contexto sociopolítico del proceso bolivariano?

En el hospital existían fundaciones que cobraban por la atención de pacientes (un servicio semi-privado)¿ Estabas de acuerdo, ya que la salud también es una mercancía?

¿Pensabas que el acto curativo en el hospital, era suficiente según tu concepción de lo que es la salud?

4.3.- **Dimensión. Poder-Estado**

¿De qué manera percibiste las relaciones de poder en el hospital?

¿De qué manera percibiste las relaciones de poder entre los integrantes del colectivo comunitario?

¿Cómo percibiste las relaciones de poder del colectivo comunitario con el gobierno?

¿La DCS se asumió como colectivo comunitario en el sentido del Pedir Popular o del Poder Popular?

4.4.- **Dimensión. Democracia Participativa y Protagónica (DPP)**

¿Los valores de la DPP de qué manera se expresaron a lo interno del colectivo y en el discurso y la acción de la DCS?

4.5.- **Dimensión. Educación y Comunicación Popular**

¿La educación y comunicación popular fue el enfoque utilizado por la DCS en sus procesos formativos y de difusión de sus actividades?

4.6. Dimensión. Participación de la Mujer

¿Cómo fue la participación de la mujer en cada una de las etapas de la DCS, en cuanto a número, nivel de compromiso, roles que desempeñaron, entre otros?

ANEXO C

I.- Reconstrucción Ordenada de la Experiencia (ROE)

La Defensoría Comunitaria de la Salud (DCS) es una organización comunitaria, que surgió a partir de las experiencia de participación popular en salud iniciada en el HUAL en el año 1999, durante la gestión del Dr. Eduardo Ortunio Carrizalez, al frente de la dirección de este importante centro de salud del estado Carabobo (DCS-HUAL, 2000). El HUAL es un hospital tipo IV dependiente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), por su nivel de complejidad y especialización, es un importante centro de referencia junto al Hospital "Dr. Enrique Tejera" (mejor conocido como Hospital Central de Valencia).

II.- Delimitación de la sistematización

La trayectoria histórica la podemos situar entre 1999 y 2008 con una duración aproximada de siete años y medio, los cuales se dividen en dos etapas.

- Primera etapa DCS-HUAL. (30-09-1999 al 30-08-2002).
- Segunda etapa DCS-EC. (31-08-2002 al 29-01-2008).

II.1.- Primera etapa DCS-HUAL (1999-2002)

Corresponde a la primera experiencia de la *Defensoría Comunitaria de la Salud del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde",* la cual se inició el 30 de septiembre de 1999 hasta el 30 de agosto de 2002, tres años aproximados (DCS-HUAL, 2000 a). Esta etapa tuvo tres momentos:

- 1er momento (31-08-1999 al 14-02-2002). Gestión de Puertas Abiertas
- 2do momento (16-02-2000 a 05-2000). Defensa de la comunidad a la gestión de puertas abiertas
- 3er momento (05-2000 a 15-02-2002). Tensión con las nuevas autoridades
- 4to momento (16-02-2002 a 30-08-2002). Retiro progresivo.

II.1.1.- 1er momento. Gestión de puertas abiertas a las comunidades (31-08-1999 al 14-02-2000).

Desde el 31 de agosto de 1999 con la designación del Dr. Eduardo Ortunio Carrizalez como director, hasta el 14 de febrero de 2000, cuando se produce su destitución. Este momento tuvo una duración de cinco meses y medio. (DCS-HUAL, 1999 a). Se realizaron las siguientes actividades:

II.1.1.1. - ***Convocatoria a las comunidades***

Inicia con la designación de Eduardo Ortunio Carrizalez como director del hospital, el 30 de agosto de 1999 (IVSS, 1999) y termina el 14 de febrero de 2000 (casi 6 meses de gestión) cuando fue destituido. El 11 de septiembre el nuevo director, realizó declaración de prensa informando las condiciones en las que recibía el hospital e invitó a las comunidades organizadas a participar en la nueva gestión (Brea Castillo, 1999). En Venezuela recién iniciaba su gobierno, el presidente Hugo Rafael Chávez Frías quien había ganado las elecciones presidenciales el 06 de diciembre de 1998, asumió la jefatura de gobierno el 02 de febrero de 1999 y convocó a un referéndum para la instalación de una Asamblea Nacional Constituyente que se encargaría de la elaboración de una nueva constitución. La nueva carta magna fue aprobada el 15 de diciembre de 1999, también mediante un referéndum. En el Estado Carabobo gobernaba Enrique Salas Feo. El país estaba en un proceso de transición del modelo democrático representativo a un modelo de democracia participativa y protagónica.

II.1.1.2.- Reuniones, Asambleas, Trabajo voluntario y Contraloría Social

La convocatoria al pueblo a participar, no se hizo esperar y a los pocos día de gestión que se bautizó como *"participativa y de puertas abiertas"*, se iniciaron pequeñas reuniones semanales en la dirección del hospital con líderes comunitarios de Naguanagua, las cuales en poco tiempo se hicieron más numerosas, asumiendo un carácter asambleario y con participación de comunidades de otros municipios , por lo que hubo necesidad de hacerlas en un lugar más

amplio como el pasillo de la consulta externa. El director fue invitado a una reunión en el Ambulatorio del IVSS "Dr. Luis Guada Lacau", en donde su director el Dr. Julio Betancourt, tenía una actividad con las comunidades, allí pudo conocer la experiencia de los compañeros del Barrio "La Luz" quienes formaban parte de la *Asociación Comunitaria para la Salud Integral (Pro-Luz).*

Además de las comunidades de Naguanagua, en esta experiencia de participación que se iniciaba en el HUAL, se incorporaron trabajadores de la institución, incluyendo a profesionales de la salud y familiares de pacientes. La agenda de las reuniones giraba en torno a la nueva visión, misión y objetivos estratégicos de la gestión hospitalaria con participación de las comunidades, además se debatían temas políticos sobre el proceso bolivariano, los contenidos del proyecto de nueva constitución y sus postulados centrales sobre el nuevo modelo democrático participativo y protagónico y balance de las actividades realizadas por las comunidades y planificación. Eran reuniones además de informativas sobre el curso de la gestión hospitalaria, de debate sobre el nuevo rol de las comunidades en la gestión pública.

Los días de semana e incluso sábado y domingo, las comunidades organizaron jornadas de pintura, jardinería, reparación de sanitarios, orden y limpieza, entre otros. En el área de central de suministros participaban en la preparación de insumos. Las comunidades participaron en la verificación del cumplimiento de contratos de obras civiles, para lo cual contaban con personas con experiencia en albañilería, electricidad, plomería, carpintería, entre otras. Además, asistieron con voz y voto a los comités de compras de material médico-quirúrgico (HUAL,1999) y realizaron recepción y canalización de solicitudes de apoyo y denuncias de pacientes y familiares, las cuales eran atendidas directamente por la dirección del hospital.

Algunos protagonistas de las comunidades en estas actividades fueron: Armando Mujica, Inmaculada Guerra, Jesús Monsalve, José Manosalva (+), José Requena y Carmen de

Ponte de la *Asociación Comunitaria para la Salud Integral "Pro-Luz"* del Barrio La Luz; Lila Vásquez, Óscar Romero y Tais Romero del Barrio Coromoto, Miriam Galea (Mima +) del Barrio Unión, Corina Torres y Beatriz Jiménez del Barrio Brisas del Café, Isaac Villafaña (+) de la Urb. Prebo, Julio Garcés del Barrio Los Mangos, Rosa López del Barrio La Cidra; por los trabajadores: Lida Chaparro, Carlos León, Carlos Valecillos, Rosa Giménez, Francisco Mendoza, Estela Silva, Evelio Sánchez, Mauricio Díaz (+), Yovannis García, y Gladis Blanco y por familiares de pacientes: Rubí de Vasquez.

II.1.1.3.- Sede de la Defensoría Comunitaria

El sábado 10 de diciembre de 1999 a tres meses de iniciada la gestión, fue inaugurada la sede de la DCS, en una oficina que estaba ubicada al lado de la farmacia, en el área externa del hospital. Además se asignó una secretaria y mobiliario básico reutilizado. Los miembros de la organización comunitaria se encargaron de acondicionar este local, que estuvo sin uso durante mucho tiempo. En esta sede hacían reuniones de trabajo, de planificación y se atendían los reclamos de los pacientes y familiares, de los cuales llevaban un registro que era archivado (DCS-HUAL, 1999 b).

II.1.1.4.- Asambleas en las comunidades

La DCS-HUAL promovió la realización de asambleas en comunidades del Municipio Naguanagua con la asistencia del Dr. Eduardo Ortunio Carrizalez, para que expusiera los avances y dificultades de la gestión hospitalaria y la participación de las comunidades. Se realizaron asambleas en los barrios: La Coromoto, La Luz, Los Mangos, Barrio Unión, entre otras (DCS-HUAL-ACS, 2000).

II.1.1. 5.- Rendición pública de cuentas de la gestión hospitalaria

El viernes 04 de febrero del año 2000, la DCS participó en la convocatoria y organización de la rendición pública de cuentas de cinco meses de la gestión. En la cual hubo asistencia de personal de la institución y de las comunidades (Linares, 2000). La actividad se realizó en el pasillo al frente de la sede de la DCS, en la misma se informó sobre los logros alcanzados en apenas cinco meses: recuperación de la infraestructura, mejoramiento de los servicios de hospitalización y clínico-quirúrgicos, dotación de insumos, auditoría de RRHH, reactivación del comité de compras y evaluación de trabajos de infraestructura realizados por contratistas, con participación de las comunidades, adecentamiento de los concursos de

credenciales para los postgrados, entre otros. De esta actividad se cuenta con material videograbado.

II.1.2.- 2do momento. Defensa de la comunidad a la gestión de puertas abiertas (16-02-2000 a 05-2000)

Inicia el 17 de febrero de 2000, cuando se produce la toma de la oficina de la dirección del hospital por parte de miembros de la DCS, comunidades y trabajadores del hospital, hasta el desalojo por parte de fuerzas de seguridad del Estado, hecho ocurrido en la primera semana del mes de mayo del año 2000. Este momento tuvo una duración de dos meses y medio. (De Nóbrega, 2000). Actividades realizadas:

II.1.2.1. - Asamblea de comunidades y trabajadores

El miércoles 16 de febrero de 2000, se realizó una asamblea de trabajadores y comunidades donde se acordó protestar por la destitución del director y no permitir la incorporación del nuevo director, hasta que el gobierno nacional no explicara las causas de la destitución. En esta asamblea se acordaron un conjunto de acciones, de protesta y diligencias para revertir la medida de destitución.

II.1.2.2. -Firma de acta en rechazo a la destitución

El 16 de febrero Lila Vásquez y Armando Mujica, voceros de la DCS firman un acta en donde manifiestan su rechazo a la destitución del director y solicitan pronunciamiento del IVSS para la solución del conflicto (HUAL, 2000 a).

II.1.2.3. - Declaraciones de prensa

Miembros de la DCS, de otras organizaciones comunitarias, académicos y del gremio estudiantil universitario, se pronunciaron en contra de la destitución. Además, los medios de comunicación regionales y un medio nacional (prensa escrita, radio y TV), hicieron una importante cobertura de los hechos. En la siguiente tabla N° 1, se exponen cronológicamente, las reseñas de prensa.

Tabla 1
Reseñas de prensa en relación al conflicto por la destitución del director de HUAL. Municipio Naguanagua. Carabobo, 2000

Fecha	Título de reseña de prensa	Fuente
16-02-2000	Destituido Director del Hospital "Ángel Larralde". A pesar de las protestas.	El Carabobeño. Redacta, 2000
16-02-2000	Fue destituido el director del Hospital Carabobo.	Notitarde. Escalona. 2000
16-02-2000	Tomado Hospital Carabobo.	La Calle. De Nóbrega, 2000
16-02-2000	Continúan protestas en Hospital Universitario "Ángel Larralde".	El Carabobeño. Alonso, 2000
s/f	Carta abierta al Presidente Hugo Chávez Frías.	DCS-HUAL. https://bit.ly/48TtRjY
17-02-2000	Protestan por destitución del Dr. Ortunio.	El Carabobeño. Obregón, 2000
20-02-2000	Continúan protestas en contra de destitución en Hospital Carabobo.	La Calle. Rondón Tarchetti, 2000
22-02-2000	Denuncian tinte político en destitución del director del Hospital "Angel Larralde".	La Calle. s/a. 2000
23-02-2000	Eduardo Ortunio trabajó con eficiencia como director del Hospital Ángel Larralde.	El Carabobeño. Fermín, 2000
25-02-2000	El exdirector del Larralde combatía la corrupción.	La Calle. s/a, 2000
26-02-2000	Unas 100 personas protestaron en avenida universidad.	Notitarde. Escalona, 2000
28-02-2000	Médicos del Seguro Social respaldan designación de Gerardo Salas Avendaño.	El Carabobeño. Jiménez. 2000
02-2020	Entrevista realizada por Orel Zambrano. Radio América.	Radio América, 2000
02-03-2000	FCU se opone a destitución de Ortunio Carrizalez.	Notitarde, Brea Castillo, 2000
04-03-2000	Comité de Conflicto del Hospital "Ángel Larralde" solicitó	El Carabobeño. Redacta, 2000

	respaldo a la FCU.	
04-03-2000	Sin problemas funciona Hospital "Ángel Larralde".	Notitarde. Castillo, 2000
07-03-2000	Espero respuesta del presidente Chávez sobre mi destitución.	Notitarde. Estedia, 2000
20-03-2000	Comunicado del Centro de Estudiantes de Medicina.	Tiempo Universitario. Centro de Estudiantes de la Escuela de Medicina, 2000
22-03-2000	No quieren ver ni oir.	El Espectador. s/a. 2000
03-04-2000	Comunidades aportan iniciativas para mejorar las condiciones de vida.	Tiempo Universitario. Méndez, 2000

II.1.2.4. - Concentración, oración y volanteo al frente de la Plaza Bolívar de Valencia

El día 20 de febrero de 2000 se realizó una concentración con la participación de trabajadores y comunidades organizadas, con pancarta y volanteo para informar a la población. En la misma, también se realizó un acto de oración (Rondón Tarchetti, 2000).

II.1.2.5. - Marcha en la avenida universidad del Municipio Naguanagua

Con la asistencia de trabajadores y comunidades, el 26 de febrero de 2000 se realizó una marcha en la avenida universidad del Municipio Naguanagua para hacer pública la protesta

en contra de la destitución del director del Hospital Carabobo (Escalona, 2000). Esta actividad fue reseñada por un canal de televisión (No se dispone de la fuente).

II.1.2.6. - Movilización a Villa de Cura en el estado Aragua y al Distrito Capital

Se realizó una movilización a la población de Villa de Cura en el estado Aragua, para entregarle oficio al presidente Hugo Chávez, quien se encontraba en un acto popular en esta comunidad. También los trabajadores y comunidades organizadas, asistieron a la sede del IVSS en Altagracia Caracas, para difundir la problemática y consignar oficios ante instancias gubernamentales y en la asamblea nacional.

III.1.3- 3er momento. Tensión con la nueva dirección hospitalaria (05-2000 a 15-02-2002)

Comienza con el desalojo de la comunidad de la oficina de la dirección, en la primera semana del mes de mayo del año 2000, hasta el 15 de febrero del año 2002 cuando se produjo el desalojo de la oficina de la DCS, que se les había asignado para su funcionamiento. Este desalojo violento lo hicieron oficialistas reconocidos como militantes del Movimiento V República (Montoya, 2002).

II.1.3.1.- Recepción y canalización de solicitudes de apoyo y denuncias de pacientes y familiares

Según archivos de la DCS-HUAL, se atendieron 50 casos de febrero a diciembre de 2000, 16 casos registrados hasta el mes de septiembre de 2001 y 01 solo caso del año 2002, reportado el 06 de febrero. La mayoría de las solicitudes eran para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes. Hubo algunos casos de denuncias por cobros para la realización de intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones por parte de la Fundación Amigos del Hospital Universitario "Ángel Larralde" (FUNDAHUAL), los cuales ya habían sido prohibidos en la gestión del Dr. Eduardo Ortunio Carrizalez (DCS-HUAL, 2000 b). Participaron en esta actividad, los siguientes miembros de la DCS-HUAL: Rosa López, Miriam Galea, Taís Romero, Jesús Monsalve, Lila Vasquez, Rosa Giménez, Lida Chaparro, Carlos León, Julio Garcés, Rubí de Vásquez, Rosana Ochoa y Adolfredo Arambulet.

La dirección del hospital dejó de atender las solicitudes y reclamos que tramitaba la Defensoría y comenzaron a impedirles el ingreso al hospital. Asimismo las actividades de voluntariado, participación en el comité de compras y otras actividades de contraloría social, fueron interrumpidas.

II.1.3.2.- Constitución y registro público de la DCS-HUAL

El 08 de septiembre de 2000 se constituyó la Asociación Civil DCS-HUAL (DCS-HUAL, 2000 a) cuyo objeto era participar en la cogestión del hospital para convertirlo en un modelo de excelencia regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad y solidaridad, integrado al Sistema Público Nacional de Salud, que garantice al paciente un trato digno, ético, humano cónsono con el desarrollo científico-técnico y promover el desarrollo y fortalecimiento de Unidades Comunitarias de Atención Primaria en Salud y de Organizaciones de Participación Comunitaria en Salud, entre otros objetivos. Su junta coordinadora tenía una duración de 1 año en sus funciones, pudiendo ser reelecta y estuvo conformada por:

Coord. General: Lila Vásquez, Coord. de organización: Evelio Sánchez (trabajador del hospital), Coord. de finanzas: Gladys Blanco, Coord. de trabajo comunitario: Mirian Galea (+), coord. de educación y cultura: Carlos León (trabajador del hospital), Coord. de relaciones interinstitucionales: Jesús Monsalve, Coord. de medios e información: Isaac Villafaña (+), Coord. de seguridad y ambiente: Yovannys García (trabajador del hospital), Coord. de derechos humanos: Rosa Giménez, Coord. de actas y correspondencias: Rubí de Vásquez (familiar de

paciente hospitalizado), 1er vocal: Lida Moros de Chaparro (trabajadora del hospital), 2do vocal: Taís Romero y 3er vocal: Rosa López.

II.1.3.3.- Realización de Curso de Liderazgo Comunitario y Participación en Salud

Varios miembros de la DCS-HUAL realizaron el Curso de Liderazgo Comunitario y Participación en Salud que coordiné al reincorporarme como docente universitario y asumí la Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) de la Universidad de Carabobo (FCS, 2001). Se inscribieron en este curso: Miriam Galea (+), Tais Romero, Ana Soto, José Fco Tovar, Carlos Vankesteren, Jairo, Durán (+) y Luisa Coronel de Torrealba.

Este curso con un enfoque de educación popular, comenzó el 19 de octubre de 2001 y tuvo una duración de 3 meses y medio.

II.1.4.- 4to momento (15-02-2002- 31-08-2002)

Después de este desalojo de la sede, los miembros de la DCS, decidieron dejar de asistir al hospital, ya que todas sus actividades estaban siendo bloqueadas por la nueva gestión. En los días subsiguientes se incorporó a las movilizaciones en defensa de la democracia, ante el golpe de Estado perpetrado el 11 de abril. Asimismo, participó junto a otras organizaciones políticas y sociales en frentes populares, en defensa del proceso bolivariano. Las reuniones del consejo de coordinación de la DCS, comenzaron a realizarse en la sede del Sindicato del Calzado, debido a que era el lugar más accesible para los miembros de distintos municipios (DCS-EC b). Este momento tuvo una duración de seis meses y medio.

II.1.- Segunda etapa. DCS-EC (31 de agosto de 2002- 29 de enero de 2008)

Corresponde a la segunda experiencia de la *Defensoría Comunitaria de la Salud del Estado Carabobo,* la cual se inició el 31 de agosto de 2002 hasta el 29 de enero de 2008. Esta etapa tuvo una duración aproximada de cinco años y medio aproximadamente (DCS-EC, 2002 a). Se realizaron las siguientes actividades:

II.1.1. - Reforma Estatutaria de la DCS-HUAL y elección del Consejo de Coordinación

El 31 de agosto de 2002 en una asamblea extraordinaria realizada en el Sindicato del Calzado, se propuso el cambio de denominación a Defensoría Comunitaria de la Salud del estado Carabobo y el cambio de objeto de la asociación civil se hizo al siguiente: Promover la participación de las comunidades en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de las políticas específicas de las instituciones públicas de salud del estado Carabobo...además, el cambio del nombre de junta coordinadora a consejo de coordinación, integrado ahora por 19 miembros (DCS-EC, 2002 a).

Durante esta asamblea también se procedió a la elección del Consejo de Coordinación, quedando integrado de la siguiente manera: Eduardo Ortunio Carrizalez (Coord. General), Mirian Galea (Coord. Organización), Isabel Castillo (Coord. Finanzas), Taís Romero (Coord. de Medios e Información), Luís Carmona (Coord. de Educación, Deportes y Cultura), Mario Ramos (1er Vocal), Jesús Monsalve (2do Vocal), Antonio Rodríguez (3er vocal) y Héctor Vargas (4to Vocal) y como coordinadores sectoriales: Suleyma Infante (San Diego), Elida Faneite (Los Guayos), Norgia Sánchez (Guacara), Lilia Rodríguez y Rosa Rodríguez (Miguel Peña), José Magallanes y Dorys Polanco (Rafael Urdaneta), Rosa López y Corina Torres (Naguanagua) y Alejandra Páez (Santa Rosa).

La DCS-EC asumió como logo, una Constitución Bolivariana abierta mostrando el artículo 84 y una leyenda que decía *"Todo con la Comunidad, Nada sin la comunidad"* e inició un proceso de carnetización para sus miembros en el año 2003 (DCS-EC, 2003 a).

II.1.2. - Campaña de información a las instituciones gubernamentales y comunidades

Se realizó una campaña de presentación de la DCS-EC, a través de oficios y trípticos ante las entidades gubernamentales y comunidades organizadas, informando los objetivos de la DCS-EC y la necesidad de establecer vínculos interinstitucionales e intersectoriales (DCS-EC, 2003 b).

II.1.3. - Programas Formativos

Se realizaron varios encuentros para el equipo coordinador de la DCS-EC y algunas comunidades, para debatir sobre diversas experiencias de participación popular nuestroamericanas, para ello se utilizaron los videos creados por Martha Harnecker con su equipo de investigación llamado *Memoria Popular Latinoamericana (MEPLA*). Estos videos eran copiados por las comunidades para multiplicar su difusión y debate popular,. Uno de los más discutidos, fue el de la experiencia del presupuesto participativo de *Porto Alegre*, Brasil.

Estos videos en formato VHS, los traje del MEPLA en la Habana, Cuba (MEPLA, 2013).

II.1.4. -Ley Orgánica de los Consejos Locales de Planificación Pública (CLPP)

La DCS-EC inició una amplia jornada de difusión y debates para la reforma de esta ley y además promovió una propuesta de creación de los Consejos Comunitarios de Planificación Pública (DCS-EC,2004 a). Esta ley fue una de las primeras iniciativas del gobierno del Presidente Hugo Chávez Frías para promover la participación popular en la gestión pública, la misma fue promulgada en el año 2002 (Ley de los CLPP, 2002) y reformada en el año 2015 (Ley de reforma de los CLPP,2015).

II.1.4. -Foro del Poder Popular

El 15 de octubre de 2005, se realizó el Foro "*Por el Fortalecimiento del Poder Local y hacia la Consolidación del Poder Popular"*, en la Villa Olímpica del Municipio Naguanagua, en el cual hubo una nutrida asistencia. Estos foros tuvieron el auspicio de INSALUD y tenían como objetivo el análisis y discusión de los fundamentos teóricos, políticos e ideológicos del poder local hacia la consolidación del poder popular (INSALUD, 2005).

II.1.5. - Celebración del Día Mundial de la Salud

Desde el año 2001 y anualmente se realizaron actividades comunitarias para la celebración del Día Mundial de la Salud el 7 de abril, de acuerdo al tema acordado por la

Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas actividades con amplia participación comunitaria, se realizaron en espacios abiertos como parques y montañas, en las cuales además del contacto con la naturaleza, incluían la realización de ejercicios físicos, actividades deportivas, recreativas y formativas (DCS-EC, 2005).

II.1.6. -Programas Radiales

Se produjeron dos programas radiales en la radio comunitaria *"La Voz de Santa Inés"* denominados *"Saludablemente"* y *"Construyendo Poder Local"*. El primero es un programa de salud comunitaria en acción que informa, educa y organiza para promover la salud y prevenir las enfermedades y fomentar el desarrollo sustentable de las comunidades y el segundo, es un programa para el análisis y discusión sobre el proceso de organización y participación popular. Estos programas estaban bajo mi producción general y los moderaba conjuntamente con Isabel Castillo, Martín León (+) y Wilmer Solano. Los mismos eran transmitidos por la *Radio Comunitaria "Voz Comunitaria de Santa Inés" 103.5 FM,* emisora que funcionaba en el Módulo de FUNDACOMÚN de la Urbanización Santa Inés, en donde ahora funciona el *Centro de Diagnóstico Integral (CDI) de la Misión Barrio Adentro, la Empresa de Propiedad Social y la Comuna Ecosocialista "El Sur Existe"* , en la parroquia Rafael Urdaneta del Municipio Valencia (DCS-EC, 2004 c).

II.1.7. - Programa Regional de Escuelas Saludables

La DCS-EC fue la promotora del *Programa Regional de Escuelas para la Salud del Estado Carabobo* y participó como miembro fundador de su Comité Promotor, en el cual participaron la Zona Educativa (Gobierno Nacional), Secretaría de Educación (Gobierno Estadal), la Dirección Regional de Salud, INSALUD y la DCS-EC. Esta instancia de promoción de la salud desde las escuelas, con un enfoque intersectorial e interinstitucional, realizó diversas jornadas, encuentros y talleres formativos (Ortunio Carrizalez, 2004 c; Ortunio Carrizalez, 2006).

II.1.8. - Asesoramiento a los Comités de Salud

Se brindó asesoramiento y apoyo a diversas solicitudes y gestiones de los comités de salud de varios municipios. Elaboré el documento titulado: *Los Comités de Salud: concepción, valores y principios para su organización*, como aporte de la DCS-EC, para enriquecer el debate y contribuir a la organización de estas organizaciones de participación popular en salud (Ortunio Carrizalez, 2004 a).

II.1.9. - Foro Constituyente Bolivariano de la Salud (FCBS)

Impulsamos la creación del FCBS, como escenario de encuentro de actores sociales, comunitarios, gremiales, gubernamentales, político-partidistas, académicos e intelectuales comprometidos con el proceso bolivariano, para el debate sobre las políticas de salud en el estado Carabobo. El primer foro se realizó el domingo 02 de julio de 2006 y se realizaron 18 foros hasta el 2008 (FCBS,2006).

II.1.10. - Consejo Popular de Salud (CPS) del Municipio Carlos Arvelo

El sábado 19 de mayo de 2007 en una asamblea comunitaria realizada en la Casa de la Cultura de la parroquia Central Tacarigua, se creó el *Consejo Popular de Salud del Municipio Carlos Arvelo*. Esta actividad formaba parte del plan de acción del *Foro Constituyente Bolivariano de la Salud.* Esta organización surgió ante la imperiosa necesidad de atender el déficit de médicos en este municipio el cual tiene los mayores niveles de pobreza y además cuenta con altas cifras de muertes maternas e infantiles. El CPS realizó asambleas en varias comunidades del municipio y organizó una importante movilización al MPP Salud, con entrega de oficios y protesta en las puertas de este ministerio. Tuvieron una destacada participación en el CPS, Neria González de la comunidad Las Tiamitas, Felicia Pacheco de la comunidad Naranjito y miembro de la Junta Parroquial, María Palmero de la comunidad Las Tiamitas, Juan Varela de la comunidad de Boquerón, Tomás González, entre otros (CPS, 2008).

ANEXO D

Sistematización de Experiencias de la Defensoría Comunitaria de la Salud (1999-2007). Consolidado de la Intervenciones de los Informantes Claves.

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
Taís Romero (Cielo)	El terreno de su barrio fue cedido y su abuelo participaba junto a la comunidad en la construcción de las calles. Desde niña siempre le gustó participar en las actividades comunitarias, ya adolescente fue capitana de equipos deportivos del barrio. Su hermano fue militante de la izquierda, presidente de la asociación de vecinos y participaba en las luchas estudiantiles. Ella también participó en la asociación de vecinos y en el primer consejo comunal. Uno viene de allí siempre participando en el trabajo comunitario. El pueblo tenía hambre de participación cansado de la vieja partidocracia. Apoyaron mucho a los pacientes HIV +, con sesiones educativas, apoyo moral y se encargaban de empaquetar sus medicamentos y entregarlos, porque a ellos les daba vergüenza buscarlos. (tenían el listado de los pacientes que recibían el tratamiento). Los pacientes estaban agradecidos con el apoyo recibido. Expuso el caso de la Cra. Rosa López quien tenía una enfermedad mental y era maltratada por la familia. Esto fue mucho tiempo después	A partir del caso de Rosa López, reflexionamos que si la organización defendía el derecho a la salud, debía atender también a sus propios miembros. "Sentí que la participación iba a ser abierta, que ya se consolidaba la participación y fue mentira, se aprendió que participamos, pero enseguida nos truncaron, después que te fuiste no contamos con nadie, no nos permitieron la entrada, estábamos limitados de recursos por todos lados, teníamos era la voluntad, las ganas de seguir adelante, eso era lo que nos empujaba. Teníamos la Constitución que nos hablaba de democracia participativa y protagónica, pero muchos no entendíamos todo. Se tocaron muchos intereses al participar en los comités de compras, en las contralorías de las obras. Aprendimos de tu	**El Contexto:** El neoliberalismo se impuso a nivel global, ocurrió la caída del modelo de socialismo real de la URSS, teóricos de la derecha anunciaban el fin de las ideologías. En NuestrAmérica se comienza a implementar el consenso de Washington. La gobernación de Carabobo de Proyecto Venezuela, con un enfoque mercantil y neloliberal de la salud, comenzó a instalar Unidades Administrativas para la Recuperación de Costos, y servicios semi-privados en los centros de salud. El Hospital Carabobo tenía fundaciones para el cobro por los servicios de salud. El gobierno nacional pretendía liquidar al IVSS y entregar el fondo de pensiones a manos privadas. Chávez gana la presidencia de la república y convoca a una Asamblea Nacional Constituyente para la elaboración de una nueva carta magna. Comienza una amplia difusión y

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
	cuando ya estábamos alejados. Se graduó de enfermera y trabaja en un consultorio popular de Barrio Adentro en Malagón. En la toma de la dirección siempre se quedaban varios 4 o 5, pero el último día cuando fueron desalojados por la policía solamente había dos compañeros que no recuerda quienes fueron. **Dimensión Salud:** Al principio lo que nos movió fue la participación del pueblo, no se tenía un enfoque integral de la salud, pero si la concebía como un derecho social y no como una mercancía. Posteriormente con las reuniones de la DCS, la discusión sobre el proyecto de constitución y con el curso Liderazgo Comunitario y Participación en Salud, se tuvo una comprensión más integral de la salud. Había un poder médico en el hospital que se oponía a los cambios que se estaban dando con la participación de las comunidades. Los médicos desconocen el saber popular, el pueblo por su parte busca información sobre costos de los insumos hospitalarios, para participar en el comité de compras. El cobro en el hospital, estaba camuflado con el nombre de la fundación. **Dimensión. Rol de la mujer**	paciencia, tu perseverancia, pero después me sentí traicionada cuando te fuiste con INSALUD, aunque pensamos que podía ser algo estratégico…"	debate del proyecto de constitución nacional. Se aprueba la Constitución Bolivariana que establece un nuevo modelo demócrático participativo y protagónico y se crea un ambiente de efervescencia popular. La oposición de extrema derecha con apoyo internacional, comenzó a generar graves procesos desestabilización, golpes de Estado, paro petrolero. **Dimensión Salud:** En las comunidades que se incorporaron a la gestión de puertas abiertas del HUAL, se comenzó a comprender y a asumir la salud como derecho social y la importancia de la participación popular a partir de los debates que se realizaban en las reuniones y asambleas con las lecturas del proyecto de constitución facilitados por el Dr. Eduardo Ortunio Carrizalez. Actividades que se realizaron en el hospital y en varias comunidades del municipio Naguanagua. La participación de las comunidades en el hospital constituyó un acto desafiante ante el poder médico enquistado en la institución. Las comunidades enarbolaban las banderas de la participación en salud establecida en la

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
	La mujer por su propia naturaleza de cuidado de sus hijos se sintieron estimulados por la propuesta constitucional y el apoyo del Dr. Ortunio. Venían de hogares en donde culturalmente prevalece el patriarcado, incluso desde sus padres.		nueva carta magna. Se consideró que con la destitución del director y el desalojo de la DCS, se truncaron los reconocidos avances de una experiencia de gestión pública con participación comunitaria. **Dimensión Poder** El poder médico que desconoce el saber popular, dominaba en el hospital y tenía resistencia a los cambios que se estaban dando en el centro de salud. Las comunidades eran mal vistas. Había aporofobia, que promovían los medios de comunicación. Con las actividades de contraloría social, atención a los reclamos de los pacientes y familiares, el trabajo voluntario y el proceso de educación popular en salud, le dio confianza y empoderamiento. La lucha en el hospital se insertaba en el contexto del proceso de cambios del proyecto bolivariano y se superó en el discurso y acción de la DCS la mentalidad clientelar del pedir popular, por la conciencia crítica y emancipadora del poder popular. La DCS-HUAL no tuvo relaciones fluidas y apoyo de entes gubernamentales, sino todo lo contrario, al punto de producirse la
Beatriz Jiménez	Educadora que vive en la Comunidad Brisas del Café, en donde realiza trabajo comunitario. Fue invitada por cros/as de la comunidad. **Dimensión Salud:** Concibe la salud como un derecho social y humano y no una mercancía, igualmente la importancia de la participación comunitaria. Los médicos temían al empoderamiento del pueblo. **Dimensión. Rol de la mujer** La mujer tuvo un rol protagónico en la lucha en el hospital, el cual asumimos y decidimos ir más allá de nuestras casas y comunidades.		
Corina Torres	Pertenecía a la asociación de vecinos y la invitó la Cra. Beatriz quien vivía en la Comunidad Brisas del Café, se había corrido la voz de que el director iba a trabajar con las comunidades. Se animó con el discurso de cambio en el país y además había sido afectada en el hospital, porque le estaban cobrando para hospitalizarla. Se incorporó porque consideraba que era una causa justa la nueva gestión	La experiencia le sirvió para trabajar con las comunidades, instaló un comedor popular en su casa que duró 10 años y unos médicos acupunturistas abrieron una consulta en su casa durante 7 años.	

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
	hospitalaria con participación de las comunidades. Va a tratar de conseguir el video de la marcha realizada en la avenida universidad el 26-02-2000, la cual fue difundida por RCTV. **Dimensión Salud:** Concebía la salud como un derecho y no estaba de acuerdo con el cobro que hacían en el hospital para la atención de pacientes. Antes de incorporarse a la lucha en el hospital, no tenían orientación de la salud como derecho. **Dimensión. Rol de la mujer** Quedó soltera con sus hijos pequeños, fue padre y madre, los crió y además realizaba trabajo comunitario en el barrio y se incorporó a la DCS. Su hija es médica.		destitución del director y posterior desalojo a la organización de su sede en el hospital, con coartación de la participación. Una práctica utilizada por el partido Acción Democrática durante el Puntofijismo. Después del desalojo no fueron convocados al comité de compras, ni a ejercer otras actividades de contraloría social de obras de infraestructura, etc. No los dejaban entrar al hospital. Recibían los reclamos de los pacientes pero la dirección no resolvía. **Dimensión Democracia Participativa y Protagónica.** La DCS asume los valores y principios de la democracia participativa y protagónica: cooperación, honestidad, transparencia, inclusión social, solidaridad, gratuidad, entre otros. La relación y clima organizacional interno era democrático, se cultivaba el compañerismo y la solidaridad, Igualmente fue una práctica durante el desarrollo de las reuniones, foros y asambleas que impulsó. **Dimensión Educación y Comunicación Popular.** Las actividades formativas tanto en asambleas y reuniones tuvieron un enfoque de
Lida Chaparro	Era trabajadora del hospital y siempre hacía denuncias de las irregularidades que ocurrían. Vivía en la Comunidad Brisas del Café y apoyaba las protestas estudiantiles en el arco de Bárbula. Siempre fue rebelde. Después que lo destituyeron se acrecentaron las irregularidades en el hospital. La toma de la dirección del hospital, duró 78 días. **Dimensión Salud:** Concebía la salud como un derecho social, que no se		

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
	debía cobrar.		educación popular liberadora, contraria a la educación bancaria acrítica. Además se promovieron importantes iniciativas de comunicación popular a través la creación de un portal web, boletines informativos, programas radiales propios y elaboración de murales. **Dimensión Participación de la Mujer** La mujer tuvo un destacado rol protagónico, se sumó al trabajo comunitario tanto en su vecindad, como en la DCS. En esto influyó Chávez, que era feminista. Las dos primeras coordinadoras generales de la DCS fueron mujeres y hubo mayoría en el consejo de coordinación. El capitalismo promueve el patriarcado y lo difunde por los medios de comunicación, sistema educativo y otros (los aparatos ideológicos). Hubo comprensión y conciencia del proceso de empoderamiento popular y de las trabas que se imponen desde el Estado, donde hay muchos intereses contrapuestos a las necesidades del pueblo. Sin embargo, existe un marco legal constitucional y de diversas leyes que promueven la
Jesús Monsalve	Fue un técnico en parasitología en la Facultad de Ciencias de la Salud, hoy es médico egresado de la Universidad de Carabobo, con postgrado en Médico General Integral (MGI). Vivió en Vivienda Rural de Bárbula en donde realizaba trabajo comunitario. Se incorporó a la lucha en el hospital por invitación de otros/as compañeros/as. Lala y Monsalve fueron los primeros en quedarse en la toma de la dirección. Formaba parte de la Asociación Comunitaria para la Salud Integral Pro-Luz. **Dimensión Salud:** Concebía a la salud de manera integral y como derecho social. **Dimensión. Rol de la mujer:** Introduce el tema de los transgéneros en la juventud a los cuales critica.	"... debemos seguir formándonos, porque todavía hay que luchar y comprender que las nuevas generaciones necesitan orientación…"	
Isabel Castillo	Luchadora social en el Barrio El Carmen Norte en Santa Rosa. Se graduó como Licenciada en la Misión Cultura Se incorporó en la DCS cuando estudió el curso de Liderazgo Comunitario y Participación de la Salud (1a cohorte). Fue muy emotivo el curso de Liderazgo y Participación en salud. Sintieron gran apoyo de la UC al facilitar el transporte universitario para el viaje al estado Lara.	"...Fue un momento oportuno histórico, político y de aprovechamiento para la organización comunitaria, ese tiempo de la Defensoría. Sentía, palpaba, realmente el poder, ya que junto a los compañeros estábamos bien claros del momento crucial que vivíamos, con el acompañamiento de usted y el proceso de formación, sentía	

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
	Dimensión Salud: Ninguno teníamos claro que la salud era un derecho. El modelo neoliberal aún persiste y su derrota dependerá de la conciencia del pueblo. En cuanto a las relaciones de poder con el gobierno nacional, se pensaba que nos íbamos a entender, que iban a facilitar el trabajo comunitario, pero fue todo lo contrario, Más bien, perturbaron el trabajo comunitario. **Dimensión. Rol de la mujer:** La mujer tiene mucho valor, no solo hace labor en la casa, sino que se incorpora a la lucha por la justicia, donde cumple un rol preponderante.	que había un empoderamiento, sentía que había resolución a los problemas y que teníamos un horizonte de donde agarrarnos para hacer las propuestas transformadoras en ese momento, en lo político, social y hasta en lo económico…la salud para nosotros era integral y abarcaba varios aspectos de la vida: el transporte, la vialidad, los alimentos, la economía, el ambiente, todos los determinantes… el momento político nos permitía organizarnos y trascender…el modelo de democracia participativa y protagónica aún lo estamos transitando, está en proceso de construcción…No hemos llegado al socialismo, apenas estamos construyendo, tenemos muchísima oportunidad …Viviendo nosotros esta experiencia, a mí me parece oportuno aprovechar la resiliencia. Si nosotros estamos viviendo cada uno una situación a la que atender, la que amerita de las	participación popular para el ejercicio pleno de una verdadera democracia participativa y protagónica, camino que aún estamos transitando. La salud se concibe como derecho social el cual se conquista por la participación popular consciente y organizada y es producto de múltiples determinaciones históricas, sociales y culturales. Como propuestas se plantean, la necesidad de un proceso permanente de formación utilizando estrategias de la educación y comunicación popular, por su carácter emancipador y en el contexto actual, aprovechar los recursos tecnológicos digitales cada vez más masificados, como las redes sociales. Es importante seguir construyendo espacios para la promoción de la salud y el buen vivir a través de la alimentación saludable, actividad física, recreativa. Tomando como referencia las llamadas “zonas azules”.

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
		potencialidades y las capacidades profesionales que tenemos cada uno y contando con esa organización hacernos las propuestas prácticas que de una vez coloquemos, por ejemplo: en la salud preventiva, el cambio de hábitos, prácticas de actividad física, en la alimentación, plantearnos una microzona azul (que están en boga en este momento) del color que nosotros queramos, pero que el objetivo sea ese, para recuperar la salud o tener salud preventiva.	
Carlos León	Fue un momento histórico de participación real, había conciencia en muchos sobre la importancia de la participación popular en salud, con las asambleas dentro del hospital y en las comunidades. El poder médico dominante enquistado en los hospitales, veía a las comunidades como una amenaza y se aprovechaban de los recursos del estado para su propio peculio. **Dimensión. Rol de la mujer:** La participación de la mujer en la DCS fue mayoritaria.	"...Entre los aprendizajes que hubo que son muchos, comprendimos lo que es la participación en salud dentro de las instituciones públicas, la DCS permitió realizar la participación de manera más organizada, respaldada por las leyes que se estaban aprobando en ese entonces, a partir de la constitución del año 99. Tuvimos una convivencia, en donde compartimos los mismos ideales de participación	

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
		comunitaria…" "...utilizar ampliamente las redes sociales para seguir promoviendo la participación popular en salud…"	
Inmaculada Guerra (Lala)	Nosotros venimos de la Liga Socialista, cuando Jorge Rodríguez (padre) era su Secretario General. Teníamos una visión bien clara de lo que era el trabajo social y político desde 1974 en estas comunidades. Formaba parte de la Asociación Comunitaria para la Salud Integral Pro-Luz. Nosotros hacíamos reuniones de salud con el Dr. José Manosalva (+), en el Ambulatorio "Luis Guada Lacau". En estas reuniones llegó la información que el Dr. Eduardo Ortunio asumiría la dirección del HUAL, preguntamos e investigamos las referencias y así supimos que es un hombre que está con el proceso. **Dimensión Salud:** Aprendimos con el Dr. Manosalva, un enfoque integral: la alimentación. El hospital estaba deteriorado, había muy mala asistencia, corrupción. La alegría de nosotros fue cuando el Dr. Ortunio, nos abrió las puertas a las comunidades.		

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
	Hubo dos tiempos, cuando nosotros llegamos, el Dr. Manosalva, Armando y yo, de la Comunidad La Luz y luego se incorporaron las otras comunidades: Coromoto, Brisas del Café. En el hospital se cobran los servicios, bajo de cuerda, no estaban a la luz pública. Sabíamos el riesgo que corríamos cuando comenzamos en el hospital, pero nos sentíamos apoyados por el Dr. Ortunio. Todo lo que se iba hacer pasaba por reuniones. Participar en el comité de compras no fue fácil, había como una barrera. Ellos decían nosotros somos los médicos, uds son comunidad, que van uds a estar exigiéndonos a nosotros. Veían a uno por encima del hombro, es que estas patas en el suelo piensan igualarse con nosotros. Realizamos una inspección del trabajo de las contratistas. Había fallas en los trabajos. Pedimos que no se pagara el cheque, hasta que no se cumpliera con el trabajo. La experiencia fue realmente única. Fuimos atrevidos junto contigo. No era fácil, apenas estaba empezando Chávez. Se inició una propuesta del poder popular, influido por el discurso de Chávez, primera vez en la historia. Recordar a Chávez es muy alegre, pero a la vez muy triste. Chávez nos dio muchas oportunidades.		

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
	Esa lucha fue inédita, lo hicimos de conciencia, corazón y compromiso, sin interés ni económico, ni político. Se dieron debates interesantes sobre los artículos de la constitución. Recuerdo el compartir que hicimos en la Comunidad "Brisas de González Plaza", Coromoto, La Luz. Conversábamos con los pacientes, quienes nos planteaban que tenían mucho tiempo de espera para operarse. Hubo una alegría extraordinaria cuando nos cedieron la oficina y con las comunidades se hizo el acondicionamiento. Esa fue una experiencia en mis 68 años la más extraordinaria y linda, una lástima que dentro del proceso no se entendió y no llegó al presidente Chávez. El Dr. José Manosalva fue el moderador de la rendición pública de cuentas. Hubo muchos logros con las cirugías, dotación de medicamentos, mejoró el trato de los médicos hacia los pacientes. Nunca irrespetamos a los médicos. La destitución fue un baño de agua fría, pero reaccionamos rápidamente. No les convenía un Eduardo Ortunio al frente de la dirección y las comunidades organizadas, habían muchos intereses		

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
	políticos y económicos. Hicimos lo posible y lo imposible para la restitución en la dirección , pero no hubo apoyo política de nadie. Nos movilizamos a los sitios donde estuviera Chávez, llevábamos un oficio, pero nunca llegó. Me quedé varias noches en la toma de la dirección.		
Armando Mujica	No estuve de acuerdo con la toma de la dirección, aunque respeté la decisión. Venimos discutiendo el concepto de salud mucho antes de la revolución Bolivariana. Tuvimos al principio una concepción tradicional de salud, relacionada con el enfermo y los centros. Luego entendimos la parte preventiva, el concepto mundial de salud, el concepto integral de salud, se hizo más o menos 8 años. Conocí al Dr. Manosalva en un encuentro comunitario en salud, luego fue a Cuba, a hacer un postgrado de Medicina Natural. Consideramos que la ejecución presupuestaria en salud estaba muy fragmentada en muchas instituciones. Veníamos de la militancia revolucionaria y hacíamos el trabajo comunitario. Se hizo un evento en el Ambulatorio Guada Lacau. Tenían el Equipo Voluntario de la Comunidad La Luz		

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
	(EVOCOLUZ). Hacíamos trabajo voluntario con el Plan Bolívar 2000 y una odontóloga organizó un evento de salud en el Ambulatorio Guada Lacau, el director era el Dr. Julio Betancourt. En ese evento nos conocimos y tuviste empatía con nosotros, porque consideraste la propuesta de avanzada, con una visión preventiva. El proyecto se llamaba Proyecto Integral Comunitario Pro-Luz.(Luz por conocimiento, saber), luego se transformó en Asociación Comunitaria para la Salud Integral Pro-Luz. Nos llamaste a participar en el Hospital Carabobo. Asistieron de nuestro grupo: José Requena, Jesús Monsalve, Carmen de Ponte, Inmaculada Guerra, Armando Mujica y otros que no recuerdo. Participé en la inspección de obras e hicimos varios trabajos voluntarios. La visita de los directores a las comunidades, Julio Bentancourt y Eduardo Ortunio causó un boom en las comunidades y generó buenas expectativas. No estaba de acuerdo con el nombre de la Defensoría. Teníamos un concepto alternativo de salud. Hicimos nuestro el artículo 84 de la constitución nacional. La revolución Bolivariana catapultó lo que ya nosotros pensábamos en la salud preventiva.		

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
	Después de la destitución hicimos un ayuno en la Plaza Bolívar El grupo que lo acompañaba no estaba de acuerdo con la continuación de la toma de la dirección y discutieron un documento.Se planteaba que el movimiento ya estaba aislado y podían sufrir agresiones. Ya estaba derrotado el movimiento. Pero el día de la asamblea, el grupo no intervino. Hubo momentos en que el grupo, comenzó a apartarlo y decidió apartarse. Procuró en todo momento que no hubiese división del grupo. Fuimos a un evento de Chávez en Villa de Cura, con la esperanza de que se enterara de la destitución y revertirla. La concepción del poder tradicional del MVR de Naguanagua, se impuso por sus intereses. Además no querían un movimiento transformador. Ese poder se ha afianzado por la debilidad del movimiento popular. Teníamos la fuerza de la razón y ellos tenían la razón de la fuerza. Se hizo todo lo posible y no se pudo revertir la destitución. La autonomía absoluta no existe, lo que está planteado es la interdependencia. Antes se hablaba del poder popular y era real, porque uno hacía “vacas” para comprar esto o aquello. Pero ahora hay		

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
	una institucionalización del poder popular. Nosotros hicimos unos talleres de salud con el Dr. Manosalva, yo hacía la parte espiritual y él la parte de salud y médico-asistencial. Era un grupo reducido y preparábamos alimentación saludable. Fueron muy fructíferos. Esa experiencia la presentamos en talleres con Chiquito. El amor es lo que define el sentido y fin de lo que se hace. Si las cosas se hacen con vocación de amor, eso sobrepasa lo que se gastó en dinero para hacer una gestión. El amor viene dado por la entrega. Durante la pandemia, la figura del Estado se fortaleció, porque donde había un Estado fortalecido hubo menos casos y muertes por Covid-19. Venezuela es una Tierra de Gracia, en donde Dios ha metido la mano. Hace 125 años que Venezuela fue consagrada al Santísimo Sacramento del altar. Chávez es un sentimiento nacional, que tiene que ver con el amor, porque siempre se ha hablado de las ideas. Por qué el imperialismo no ha podido tumbar la revolución Bolivariana, porque se hicieron cosas estratégicas como la unión cívico-militar, pero la mano de Dios está metida en todo eso. En el nuevo contexto global, el imperio soltó todas las tecnologías para robotizar a la		

Protagonistas	Aportes	Aprendizajes	Síntesis
	sociedad para alienarla. Con las redes se ha potencializado Cuando el gobierno promovió la entrega de canaimitas, celulares a bajo costo, los Infocentros. El imperio trató de frenarla.		

Fuente: 1er y 2do Taller de Sistematización de Experiencias realizado los días 17 y 24 de marzo de 2024. Entrevista a Inmaculada "Lala" Guerra y Armando Mujica el domingo 28 de abril de 2024. Municipio Naguanagua, estado Carabobo.